

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE

CYANOPSIE ET XANTOPSIE D'ORIGINE CRISTALLIENNE CHEZ LE MÊME SUJET

Par le professeur VAN DUYSE.

Une circonstance spéciale, dérivant d'états post-opératoires des deux yeux et permettant d'éliminer une *chromatopsie d'origine centrale*, autorise, dans l'observation qui va suivre, l'hypothèse de la cyanopsie et de la xantopsie dues chez le même sujet à des conditions oculaires intrinsèques.

Il s'agit de *chromatopsie d'origine cristallinienne*, que l'on peut opposer aux *perceptions chromatiques pathologiques* dérivant d'*excitations du centre des perceptions chromatiques* au cours des psychoses et affections cérébrales (hallucinations colorées). Elle ne dérive pas de maladies de l'appareil nerveux visuel (inflammation du nerf optique et de la rétine) et n'a rien de commun avec les sensations chromatiques dédoublées (audition colorée). Elle n'est pas non plus à rapporter aux taches colorées du champ visuel étudiées dans quelques affections pathologiques [scotome central bleu chez un glaucomateux (Skokalski), scotome rouge jaunâtre dans une choroidite disséminée (Hilbert (1))]. Dans cet ordre d'idées, il faut également exclure ici les chromatopsies se rapportant à l'action毒ique d'agents médicamenteux (xantopsie après l'emploi de santonine, d'acide picrique).

L'anomalie visuelle décrite ici n'est comparable à première vue qu'à ces chromatopsies *pures* dans lesquelles, par suite de causes encore mal connues, le champ visuel se couvre brusquement d'une coloration déterminée, plus ou moins intense, tous les objets se revêtant de la même couleur. La vision colorée la plus fréquente est l'*érythropsie*, vision rouge après l'extraction du cristallin cataracté, parfois assez longtemps après la séance opératoire ; puis vient la *xanthopsie*, enfin la *chloropsie* (vision verte), la *cyanopsie* et la *janthinopsie* (τάνθινος, couleur de violette).

(1) Origine périphérique d'après Hilbert.

Toutes ces chromatopsies pures ont été ramenées à une origine centrale [Hilbert (1)].

L'observation résumée ci-après ne saurait être classée parmi les faits énumérés :

L..., Philomène, 39 ans, me fut adressée, le 20 octobre 1905, par le docteur Remouchamps, chef du service des maladies internes à l'Hôpital civil de Gand.

Cette femme, entrée à l'hôpital le 6 juin 1905, y avait été soignée pour des accidents néphrétiques : œdème accusé des membres inférieurs; urines émises en 24 heures : 2 litres; teneur en albumine : 5 grammes et demi (Esbach) par litre. Peu après, taches et trainées rouges, luisantes, avec douleurs lancinantes (*névrites* des jambes). Tous les phénomènes morbides, amendés au 1^{er} août, disparurent progressivement avec l'albumine, dont il ne restait plus de traces le 10 septembre suivant.

L'anamnèse indique, à l'âge de 23 ans, une *inflammation uvéale double* ayant duré plusieurs semaines et compromettant gravement l'acuité visuelle de l'œil gauche. Grâce à la conservation de la vision de l'œil droit, le sujet avait pu reprendre le métier de couturière. Il y a *dix-huit ans*, une iridectomie proposée par nous pour l'œil gauche (*séclusion*) fut refusée. De nouveaux accidents oculaires, survenus en octobre 1904, ne permettent plus le travail.

Examen des yeux, le 20 octobre 1905 (clinique ophtalmologique de l'Université). *Diagnostic clinique : Iridochoroïdite double, évolutionnée, avec séclusion complète à gauche, incomplète à droite, occlusion partielle à gauche.* Il n'existe pas de dépôts exsudatifs sur le cristallin de droite, mais l'aire pupillaire est rétrécie de ce côté, spécialement dans son diamètre vertical.

A gauche, les doigts de la main ne sont plus comptés, mais la projection ophtalmoscopique est prompte et nette de ce côté. La tension de l'œil est légèrement diminuée ($T - 1?$). Il existe une opacité en ceinture du segment inférieur de la cornée, se raccordant à un gérontoxon inférieur, l'arc sénile existant également au bord supérieur. A droite, les doigts sont comptés à un demi-mètre; l'arc sénile existe également de ce côté.

La bonne perception du reflet ophtalmoscopique légitimait une extraction en deux temps de la cataracte gauche, prévue par la longue séclusion.

(1) Il y a encore une série de perceptions pathologiques, fort rares, expression d'une réaction du centre du sens chromatique, engendrant habituellement un effet autre : telles les exceptions individuelles dans la perception des images d'un objet coloré, ces images n'étant pas complémentaires. C'est le cas par exemple pour une image négative violette, au lieu de bleue verte, après la perception du rouge.

Iridectomie, en haut, le 27 octobre 1905 (iris saisi avec la pince de Kuhnt); liséré pupillaire demeuré en place.

Le 16 novembre, réapparition des névrites à la face antérieure du corps, mais *il n'y a plus d'albumine dans les urines*.

Extraction, à la cuiller, le 17 janvier 1906, sans perte de vitré.

Lorsqu'on fit un essai de vision, le 20 janvier, la malade, comptant les doigts, dit voir tous ces objets colorés en bleu et affirme cette particularité lors des pansements suivants. L'œil est maintenu sous le bandeau; hyperémie au niveau de la plaie opératoire, vers laquelle la pupille subit une attraction, de sorte qu'une iridotomie ultérieure parut à ce moment nécessaire pour que le résultat des deux opérations effectuées ne fût pas nul.

Toutefois, dans ce processus d'attraction, l'ancienne pupille devint l'objet d'un déplacement et d'un étirement tels que, irrégulièrement dilatée, elle se trouve coupée à son tiers inférieur par le diamètre transverse de la cornée, et, plus large que haute, cloisonnée obliquement en son milieu par une bride pigmentée. Le 30 mars, la vision de l'œil gauche était 1/6 de Wecker avec 12 dioptries. Le sens chromatique de l'opérée est à présent tout à fait normal et très fin.

Lorsque, après 3 semaines, l'œil gauche fut définitivement libéré du bandeau, la cyanopsie, déjà accusée lors des pansements, demeura des plus prononcées. Chez l'opérée, très calme et intelligente, la coloration bleue — bleu saturé — se produisait surtout à l'occasion de la fixation de corps blancs. La teinte, bleu foncé au début, pâlit progressivement au cours des semaines suivantes. Elle fut perçue jusqu'à mi-mars, soit deux mois après l'extraction.

Le 21 février 1906, *iridectomie* de l'œil droit : iridectomie régulière, la séclusion n'étant pas totale en haut, comme dans l'œil con-génére. Le pansement définitivement enlevé au sixième jour, le sujet déclara spontanément voir tous les objets colorés en jaune, la teinte variant du jaune orange au jaune clair. La xantopsie existe toujours, la vision étant actuellement à droite : doigts à moins de un demi-mètre.

Quand on examine, au jour, la masse cristallinienne à travers le colobome opératoire, on constate son aspect jaunâtre, jaune verdâtre, rappelant celui du cristallin de certains yeux glaucomateux.

L'éclairage direct montre une cataracte corticale postérieure incomplète et l'opacité nucléaire centrale. La tension est normale.

Extraction à la cuiller du cristallin droit, le 1^{er} juin 1906. Premier pansement le 4 juin : *cyanopsie*. La démonstration de l'origine cristallinienne de la chromatopsie en question est ainsi complète.

Dans une notice de l'*Encyklopädie der Augenheilkunde* (1902, p. 123) O. Schwarz fait remarquer que la cyanopsie, une chromatopsie passagère, se produit immédiatement après l'extraction du cristallin : les rayons bleus, absorbés jusque-là par la

coloration jaune du cristallin, exercent à ce moment avec plus de force leur action. L'auteur place en regard de cette cyanopsie une autre, répondant à un état d'excitation du centre visuel (maladies toxiques, alcool) ou survenant par un épuisement des centres nerveux émoussant la perception du jaune.

Rappelons ici que l'on a invoqué comme une cause productrice de cyanopsie les reliquats corticaux de cataracte occupant le champ pupillaire (comp. Hilbert, *Die Pathol. des Farbensinns*, p. 9, 1897).

Dans un article récent, E. Enslin (*Zeitschr. für Augenheilk.*, février 1906) s'étonne de voir toute étude de la cyanopsie ou vision bleue post-opératoire absente de la littérature médicale, bien qu'elle soit plus fréquente que l'érythropsie ou vision rouge.

Ceux d'entre nous qui ont quelques années de pratique auront entendu plus d'une fois les opérés de cataracte déclarer que tous les objets étaient vus par eux teints en bleu.

L'anomalie est relativement fréquente et sa genèse la plus plausible n'a pas été tout à fait passée sous silence : l'article encyclopédique de Schwarz est là pour l'attester.

Enslin rappelle avec raison que la cyanopsie suit immédiatement l'opération de la cataracte, ne se produit qu'après celle-ci, tandis que l'érythropsie, plus fréquente, se montre plus tard et apparaît aussi après l'iridectomie.

Après une extraction, il s'agit de conditions inhérentes au cristallin. Étant donné la coloration jaune du cristallin, qui s'accentue avec l'âge et avec les conditions pathologiques — elle vire du jaune d'ambre au brun (coloration brune des cataractes, notamment des cataractes nucléaires), — les rayons jaunes ont agi principalement et pendant longtemps sur la rétine, tandis que les rayons bleus étaient absorbés. Le cristallin enlevé, les rayons de contraste, les rayons bleus arrivent derechef à la rétine et déterminent une perception intense de bleu. On peut reproduire cette action après le port momentané de verres jaunes. La perception de contraste dure chez l'opéré des jours et des semaines parce que la lentille a retenu pendant des années parfois la perception bleue. Enslin ajoute que la cyanopsie est plus fréquente après les cataractes tout entières représentées par le noyau de coloration brune.

Dans notre observation la lumière a pénétré pendant de longues

années de façon minimale dans l'œil *gauche*. Après l'iridectomie de cet œil, elle est parvenue à la rétine en quantité notable à travers le cristallin pathologique et l'extraction effectuée, près de trois mois plus tard, la perception du bleu, couleur de contraste, a surgi avec une énergie et une ténacité marquées, puisqu'elle existait encore, progressivement atténuée, après deux mois.

Comme un complément à cette explication, on trouve à droite une xantopsie consécutive à l'iridectomie. La lumière n'arrivait plus à la rétine qu'atténuée par le rétrécissement de la pupille, et le noyau opacifié du centre cristallinien. À travers la brèche relativement large de l'iris, pénétrait à présent une somme plus abondante de rayons. Par le segment cristallinien, relativement transparent, dont la coloration pathologique est actuellement visible à travers le colobome, le sujet continue à percevoir les objets teints en jaune.

Cette explication si simple de la xantopsie de *cause cristallienne directe* est infiniment plus plausible que l'hypothèse d'une chromatopsie d'*origine centrale*, telle qu'elle a été observée après un coup de feu de la face, après une insolation, dans la convalescence du typhus et de l'influenza, dans l'aura xanthopsique prolongée de l'épilepsie, dans l'helmintiasis et la névrose traumatique.

A ces chromatopsies centrales, il faut opposer encore une fois celles d'ordre oculaire.

A. Berry (Edimbourg, 1886) décrit un cas de xantopsie d'origine oculaire, déterminé par le liquide rétinien jaune du décollement de la rétine, — une chromatopsie pathologique objective. Xantopsie oculaire que celle observée par Bettremieux chez un candidat à la sidérose et peut-être à rapporter à une sidérose cristallinienne (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalmol.*, n° 17, p. 22, 1905).

L'ADÉNOME DES GLANDES DE MEIBOMIUS

Par **C. CABANNES**, oculiste des hôpitaux, professeur agrégé, et
CH. LAFON, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de
Bordeaux.

Nous avons eu récemment la bonne fortune d'observer un cas d'adénome des glandes de Meibomius. Les recherches bibliographiques auxquelles nous nous sommes livrés à cette occasion, nous ont prouvé que ces tumeurs étaient très mal connues, en France tout au moins. Panas (1), le premier, a noté leur possibilité, et Lagrange (2) ne leur consacre que quelques lignes. Il n'existe pas encore d'observation française, et l'on ne trouve dans nos périodiques que de rapides analyses de quelques cas publiés à l'étranger. Les ouvrages didactiques étrangers ne paraissent guère mieux documentés que les nôtres ; nous ne mentionnerons que le *Manuel d'histologie pathologique de l'œil*, de Ginsberg (3), dans lequel les adénomes meibomiens sont rapidement étudiés d'après deux ou trois faits.

L'on connaît jusqu'à présent huit observations d'adénome des glandes de Meibomius. Le premier cas a été publié par Baldauf (4) dans sa thèse inaugurale ; cet auteur a nettement établi la nature adénomateuse et bénigne de la tumeur qu'il a observée, et il l'a fort bien différenciée des néoplasmes malins développés au niveau des paupières. Ce n'est que dix-huit ans plus tard que Bock (5) publia le second cas connu ; dans les commentaires qui suivent l'observation, l'auteur a rapidement étudié les adénomes sébacés en général, confondant ainsi les adénomes des glandes de Meibomius et ceux qui se développent aux dépens des glandes sébacées de la peau des paupières. A partir de ce moment, les observations deviennent moins rares ; deux ans après Bock, Rumschewitsch (6) publie le troisième cas dans un article intitulé : *Sur l'oncologie des paupières* ; ce travail est une longue énumération de tumeurs palpébrales rares.

Le quatrième cas appartient à Salzmann (7) ; en le rapprochant des faits antérieurs de Baldauf et de Bock, cet auteur essaie de fixer les caractères cliniques et anatomiques de la

tumeur; mais son esquisse est rapide et il y étudie en même temps les adénomes des glandes de Moll et ceux des glandes de Krause. Nous trouvons ensuite une observation de Wadsworth (8); puis Knapp (9) communique à l'Académie de médecine de New-York deux nouveaux cas : l'un lui est personnel et l'autre appartient à Mills. Enfin, récemment, Pause (10) a publié le dernier cas connu; il résume les faits de Baldauf, de Bock et de Salzmann, et se contente de constater leur analogie avec la tumeur qu'il a observée.

Si nous nous en rapportions à ce rapide historique, les adénomes meibomiens seraient exceptionnels. Mais cette extrême rareté est peut-être plus apparente que réelle : ainsi que nous le verrons plus loin, ces tumeurs présentent à leur début une grande ressemblance avec le chalazion et il est probable que bon nombre de petits adénomes ont été extirpés avec le diagnostic de chalazion, sans qu'aucun examen histologique ne soit venu rectifier cette erreur.

Nous croyons pouvoir dire qu'il n'existe pas encore dans la littérature médicale de travail d'ensemble sur ce type de tumeur. A l'occasion du nouveau cas que nous avons observé, nous avons recherché tous les articles publiés jusqu'à nous; à part la thèse de Baldauf, qu'il nous a été impossible de nous procurer, nous avons traduit tous les autres travaux et nous avons pensé faire œuvre utile en synthétisant tous ces faits, pour tracer le tableau clinique et pour préciser les caractères anatomiques de cette tumeur.

OBSERVATION (personnelle et inédite). — Mme P..., âgée de 69 ans, vient consulter l'un de nous, le 15 janvier 1906, pour une petite tumeur de la paupière inférieure gauche.

La malade nous raconte qu'à l'âge de 35 ans, elle eut les deux yeux atteints de kératite ; depuis lors, ils sont restés très susceptibles : ils pleurent facilement au froid ou au vent, et à plusieurs reprises ils ont présenté des poussées de kérato-conjonctivite. Depuis ces dernières années, la tendance au larmoiement s'est accentuée et il s'est produit un peu d'éversion des points lacrymaux, mais sans ectropion véritable.

Vers le mois de mai 1905, la malade constata qu'un larmoiement persistant s'était installé du côté gauche ; elle remarqua en outre qu'il existait dans la paupière inférieure, près de l'angle interne, une petite tuméfaction ; la paupière ne tarda pas à s'éverser et, sous la

conjonctive enflammée, on voyait un petit nodule. Un médecin consulté porta le diagnostic de chalazion et incisa la petite tumeur ; elle saigna un peu et continua à évoluer lentement.

Quand la malade se présenta à notre examen, nous constatâmes tout d'abord qu'il existait un ectropion, surtout accentué vers l'angle interne ; la conjonctive apparaissait très rouge, hypertrophiée et granuleuse ; à 2 ou 3 millimètres du point lacrymal et en arrière du bord libre, on voyait une petite tuméfaction qui soulevait la muqueuse ; mais l'inflammation de cette dernière masquait tous les détails de la

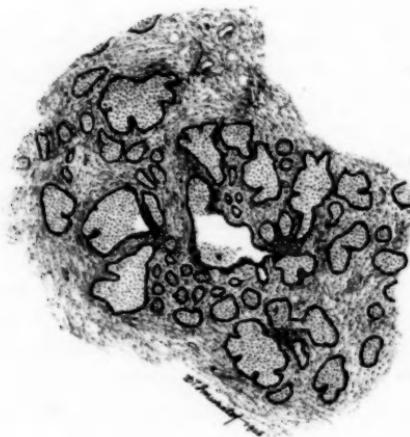


FIG. 1.

tumeur. La palpation de celle-ci était à peu près indolente ; elle avait une dureté cartilagineuse et le volume d'un grain de blé ; elle faisait corps avec le tarse. Le bord libre et la face cutanée, irrités par l'épiphora, ne paraissaient pas être intéressés par la tumeur ; à son niveau, la peau avait conservé sa mobilité normale. A part une légère injection et la trace des kératites anciennes, le globe oculaire était normal ; les voies lacrymales étaient saines et perméables et il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire dans les régions correspondantes à la tumeur.

Comme notre confrère, nous pensâmes qu'il s'agissait d'un chalazion ; mais nous fîmes des réserves sur la possibilité d'une dégénérescence épithéliomateuse de la muqueuse conjonctivale ectropionnée. Nous proposâmes à la malade l'extirpation radicale, qui fut acceptée et pratiquée quelques jours plus tard. Après anesthésie générale au chlorure d'éthyle, nous enlevâmes la petite tumeur, avec la portion du tarse correspondante ; puis nous fîmes l'excision d'un lambeau de

conjonctive hypertrophiée. Après sutures, la paupière reprit sa position normale et la guérison s'effectua sans incident.

La tumeur, fixée au formol, fut apportée au laboratoire des cliniques de la Faculté, et M. le professeur agrégé Sabrazès, avec sa grande compétence, a bien voulu faire l'examen histologique des coupes, dont voici la description détaillée.

Examen histologique. — Cette production est une tumeur déve-

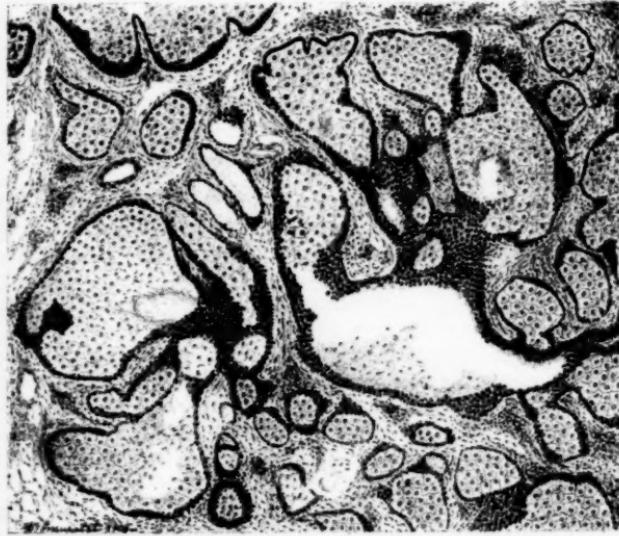


FIG. 2.

loppée aux dépens des glandes de Meibomius, à contours sinueux, intéressés çà et là par l'incision chirurgicale : la tumeur n'est donc pas en totalité. Il existe autour d'elle comme une ébauche de capsule.

On remarque tout d'abord l'abondance des lobules glandulaires et leur groupement : au lieu de former une bande comme dans les glandes de Meibomius normales, ils constituent une masse globuleuse. Les variations de volume des lobules sont aussi infiniment plus considérables que dans les glandes normales ; il en est de petits (80μ), à côté de géants (1 mm.). L'irrégularité de forme est aussi beaucoup plus prononcée : diverticules et bourgeonnements multiples, une quinzaine pour un seul lobule par exemple. On ne reconnaît pas de formation rappelant les canaux excréteurs des glandes normales.

Ces glandes sont labourées par des travées conjonctives, prolongations de la capsule. Chaque diverticule est le point de départ d'un

septum conjonctif, qui pénètre entre les cellules et les cloisonne. Les fibres musculaires de l'orbiculaire sont repoussées par la tumeur.

On est frappé par le polymorphisme des culs-de-sac glandulaires. La basale est formée par un très mince liséré conjonctif, sur lequel reposent les cellules périphériques. Il est cependant des lobules qui ne se différencient en rien des normaux ; à leur périphérie on voit une ou deux assises de cellules cubiques ou ovalaires, intimement accolées les unes aux autres, à noyau compact, très chromatique, parfois en karyokynèse ; elles mesurent de 9 à 12 μ de diamètre. A mesure que l'on se rapproche du centre du lobule, les cellules augmentent de volume, deviennent polyédriques, se disposent en mosaïque, leur spongioplasma s'accuse de plus en plus, leur noyau se colore moins vivement.

Les plus grandes mesurent jusqu'à 70 μ . La plupart des culs-de-sac glandulaires ont à leur périphérie 4 à 5 assises de cellules cubiques, de petit volume, en voie de multiplication ; on y trouve des noyaux en division, même dans les cellules spongiocytiques. Enfin certains culs-de-sac sont dépourvus de cellules à spongioplasma apparent. En somme, à la périphérie de la plupart des lobules et dans la totalité de quelques uns d'entre eux, on trouve des cellules ne rappelant en rien la cellule meibomienne adulte ; ces cellules atypiques, cubiques ou polyédriques, beaucoup plus petites, à noyau plus chromatique, ont les caractères morphologiques des cellules de l'assise génératrice des glandes normales. Par la coloration à l'éosine-bleu de méthylène, on se rend compte que toutes ces cellules ont un protoplasma basophile ; le noyau, vivement coloré en bleu, présente deux ou trois gros grains de chromatine et une membrane nucléaire bien apparente.

On remarque aussi çà et là des lésions dégénératives : fonte des parois cellulaires et pyknose du noyau ; des clivages s'établissent dans les culs-de-sac, résultant de la liquéfaction des cellules, et une cavité kystique est constituée, sorte de cavité centrale, où tombent et s'accumulent des déchets cellulaires. Il peut se former ainsi de véritables petits kystes meibomiens, à épithélium de revêtement cubique, sans apparence spongiocytique ; mais à côté, un autre segment du même lobule montre des cellules polyédriques à spongioplasma très marqué. On trouve en moyenne trois éléments glandulaires en transformation kystique dans une coupe.

Autour de chaque lobule existe comme un espace vide, limité par la membrane conjonctive basale, support de l'assise glandulaire périphérique, et, en dehors, par les travées conjonctives périlobulaires. Ce sont là des fentes qui ne mesurent pas plus de 3 à 6 millimètres, et qui sont par places virtuelles. On n'y voit pas de bordure endothéliale, au moins continue : c'est à peine si on distingue dans leur lumière quelques cellules conjonctives plaquées sur leurs parois et, rarement, de fines fibrilles formant cloison. Pas d'éléments anatomiques dans ces espaces, sauf, et cela est exceptionnel, un ou deux

lymphocytes. Il s'agit là de fentes lymphatiques, analogues à celles des glandes normales.

Autour et dans l'interstice des lobules adénomateux, le tissu conjonctif a réagi vivement : les mastzellen y abondent et essaient leurs granulations de tous côtés ; mais dans le tissu glandulaire proprement dit on n'en trouve pas. En outre des mastzellen, le tissu interstitiel est traversé par des trainées denses de cellules conjonctives et d'éléments lymphocytoïdes, avec quelques plasmazellen. Tout cela est très peu vascularisé : on distingue à peine de droite et de gauche la fente d'un fin vaisseau.

La conjonctive qui recouvre la tumeur, et qui a été détachée par l'acte opératoire, présente une épidermisation avec revêtement corné, à squames superficielles dépourvues de noyau, à prolongements malpighiens inégaux, profonds ; cet épithélium a 5 ou 6 couches de cellules stratifiées et, dans les prolongements intradermiques, une quinzaine. Le chorion présente un peu de stase lymphatique, avec beaucoup de lymphocytes accumulés dans les fentes ; ce chorion paraît plus lâche qu'à l'état normal et un peu œdémateux. Ces phénomènes inflammatoires sont plus marqués en un point, où l'on trouve autour d'une plus large fente à contours sinués un anneau d'inflammation chronique, avec infiltration cellulaire plus abondante et plus dense.

La tumeur dont on vient de lire la description est évidemment un adénome des glandes de Meibomius.

ÉTILOGIE. — Comme pour la plupart des néoplasmes, les causes déterminantes des adénomes meibomiens nous échappent absolument et nous ne pouvons dire que peu de choses sur leurs causes prédisposantes. Ces tumeurs paraissent se développer surtout chez les gens âgés ; à part le malade de Rumschewitsch qui n'avait que 24 ans, tous les autres avaient atteint ou dépassé la soixantaine : le malade de Pause avait 75 ans et celle de Salzmann 80 ans. Il semble que les femmes soient plus atteintes que les hommes ; mais le nombre des observations connues est encore trop restreint pour qu'on puisse tirer une indication sur la prédisposition plus ou moins grande de l'un ou l'autre sexe.

La santé générale ne semble jouer aucun rôle ; certains malades étaient vigoureux et bien portants ; d'autres étaient dans un mauvais état de nutrition : l'âge avancé de la plupart suffit à expliquer ces divergences. Aucun des auteurs qui ont écrit sur cette question n'a signalé la fréquence des inflammations meibomiennes ou des chalazions chez les malades atteints plus tard

d'adénome. Nous-mêmes, dans notre cas, n'avons pas trouvé ce fait ; cependant, notre malade avait une inflammation chronique légère de sa conjonctive.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'adénome meibomien prend naissance surtout à la paupière supérieure, et cette prédominance s'explique par la plus grande importance des glandes de Meibomius à ce niveau. Il n'y a que la malade de Baldauf et la nôtre, chez lesquelles la tumeur se soit formée à la paupière inférieure ; dans ces cas, le néoplasme évolue surtout vers la conjonctive. Au contraire cette marche est exceptionnelle à la paupière supérieure et n'a été observée que par Bock ; dans les autres cas, la tumeur s'est développée vers la face cutanée. C'est surtout ce type, le plus fréquent, que nous aurons en vue dans notre description.

C'est naturellement dans le tarse que naît l'adénome. A son début, il apparaît sous la forme d'un petit nodule. Il n'est alors jamais situé sur le bord libre, mais il en est toujours distant d'au moins 2 millimètres : l'anatomie normale des paupières rend parfaitement compte de cette particularité ; nous savons, en effet, que les derniers culs-de-sac des glandes de Meibomius s'arrêtent à cette distance du bord libre. A ce moment la tumeur ne s'accompagne jamais d'aucun phénomène inflammatoire ou congestif et la peau qui la recouvre conserve son apparence et sa mobilité normale. Par transparence, le nodule a une teinte jaunâtre ou grisâtre. Sa consistance est ferme, presque cartilagineuse, et l'on se rend facilement compte qu'il fait corps avec le tarse. Enfin il est indolore et c'est le plus souvent par hasard que le malade s'aperçoit de sa présence.

A la paupière inférieure, l'adénome tend à éloigner la paupière du globe et, l'âge des malades aidant, il ne tarde pas à se produire de l'ectropion, avec toutes ses conséquences.

A la période d'état, ou plus exactement au moment de leur observation, les tumeurs qui ont été décrites étaient de grosseur variable ; celle de Pause avait le volume d'un œuf de pigeon ; celles de Bock et de Salzmann avaient atteint les dimensions d'une noix ; celles de Rumschewitsch et de Knapp, la grosseur d'un pois ; enfin la nôtre ne dépassait pas le volume d'un grain de blé.

Pour atteindre ces dimensions, les tumeurs avaient mis un

temps variable; mais on peut poser en règle générale que leur croissance est lente: ainsi, chez la malade de Bock, la tumeur évoluait « depuis des années », et chez celle de Baldauf depuis quatre ans; dans le cas de Pause et dans celui de Salzmann, le début remontait à un an; mais chez la malade de ce dernier, la tumeur avait rapidement grossi dans les derniers temps. Dans notre cas, la malade avait aperçu pour la première fois sa tumeur huit mois auparavant.

La forme générale des adénomes meibomiens est arrondie. Largement implantés sur la paupière, ils ont une tendance à proéminier fortement et à pendre au-devant de la paupière inférieure; dans le cas de Pause, la tumeur avait même imprimé sa trace sur la peau de la joue; chez la malade de Bock, le néoplasme avait la forme d'un cœur, dont la pointe libre se dirigeait en bas et en dehors. L'adénome ne dépasse généralement pas les limites supérieures du tarse; tout au plus remonte-t-il jusqu'au fornix: aussi le sillon orbito-palpébral est fortement accusé.

La peau qui recouvre la tumeur est normale; quand cette dernière atteint un gros volume, le revêtement cutané, tendu et aminci, se moule sur les bosselures légères et les sillons peu profonds que forme la surface de la masse néoplasique; celle-ci apparaît jaunâtre ou grisâtre par transparence. Le bord libre de la paupière, envahi peu à peu, perd ses contours si nets, devient arrondi et globuleux et les cils tombent. La conjonctive reste longtemps normale; à travers sa teinte rosée, la tumeur transparaît sous la forme de petites taches jaunes sales ou grises. Mais la muqueuse finit pas s'injecter; elle devient rouge sombre, s'épidermise et prend un aspect velouté ou granuleux; les détails de la tumeur sont alors masqués. Quand l'adénome se développe à la paupière inférieure, l'ectropion se produit rapidement et ces phénomènes inflammatoires apparaissent plus vite au niveau de la muqueuse éversée; il existe alors une sécrétion catarrhale assez abondante.

A la palpation on constate que la peau a conservé sa mobilité; même quand elle est très tendue, elle est toujours libre et on peut la pincer. Par contre, la tumeur fait corps avec le tarse et, quand on la mobilise, on entraîne en même temps toute la paupière. Il est facile de se rendre compte que la tumeur est très

nettement délimitée et qu'elle n'a aucune tendance à diffuser dans les tissus voisins. En général, le tarse tout entier n'est pas envahi et il existe près des angles une portion variable du voile palpébral qui a conservé sa structure normale. L'adénome n'évolue pas vers l'orbite ; dans le cas de Bock seul, la tumeur, qui avait un développement conjonctival assez prononcé, remontait vers l'orbite et refoulait légèrement le globe en bas. Enfin la consistance du néoplasme varie suivant les points que l'on examine ; certaines parties ont conservé leur dureté première, presque cartilagineuse ; d'autres, à côté, sont devenues molles et pâteuses ; l'on peut même trouver des points fluctuants ; c'est ainsi que, dans le cas de Pause, la moitié supérieure de la tumeur donnait franchement la sensation de liquide, et l'examen anatomique montra qu'il existait en effet à ce niveau une grande cavité kystique. Malgré son petit volume, cependant, la tumeur de Rumschewitsch était entièrement molle.

On n'observe jamais d'engorgement ganglionnaire dans la région correspondant au siège de la tumeur.

Les adénomes meibomiens ne déterminent pas de troubles fonctionnels graves ; ils ne provoquent jamais de douleur, ni spontanément, ni à la pression. Tant qu'ils sont petits, ils n'occasionnent qu'une gêne légère ; mais quand ils atteignent un gros volume, ils déterminent un ptosis à peu près complet : c'est ce qui existait dans les cas de Bock, de Salzmann et de Pause. A la paupière inférieure, au contraire, l'ectropion provoque un larmoiement abondant.

En résumé, les caractères qui dominent la symptomatologie de ces tumeurs sont ceux des adénomes sébacés en général ; une croissance lente, l'absence d'inflammation et d'ulcération pendant longtemps et l'intégrité des ganglions lymphatiques : ce sont là les signes cliniques des tumeurs bénignes.

Il est difficile de préciser quelle doit être la terminaison des adénomes meibomiens abandonnés à eux-mêmes. Salzmann observa une perte de substance au centre de la face conjonctivale de sa tumeur, et dans le cas de Pause, il y avait de petites ulcérations au niveau du bord libre. Si nous comparons ces faits à l'évolution ordinaire des adénomes sébacés, nous pouvons en déduire que les tumeurs que nous étudions auraient fini par se détruire spontanément par nécrose.

Les complications observées ne sont pas graves; quand la conjonctive palpébrale est enflammée, on observe une légère injection du bulbe; l'irritation conjonctivale aurait même produit, dans le cas de Knapp, une vascularisation de la cornée. Pause signale chez son malade un aplatissement de la cornée, dû à la pression du néoplasme. Enfin Bock constata que la cornée de sa malade était ulcérée dans sa partie inférieure, mais il existait aussi une dacryocystite purulente due à une stricture étroite du canal nasal; il est donc probable que la lésion cornéenne relevait de l'affection lacrymale et qu'elle n'était que très indirectement liée au néoplasme.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic clinique des adénomes meibomiens est une des parties les plus délicates de leur histoire. Dans toutes les observations que nous avons lues, la nature de la tumeur ne fut reconnue que sous le microscope.

A ses débuts, l'adénome est presque toujours confondu avec un *chalazion*; c'est qu'en effet la ressemblance est grande, et l'on ne peut appuyer sa différenciation que sur des nuances. Le chalazion est une nodosité inflammatoire : aussi sa délimitation est moins nette que celle de l'adénome, car autour de lui le tarse est toujours plus ou moins infiltré. Il est rare qu'à un moment donné la peau ne rougisse pas et ne s'épaississe pas à son niveau; en outre, sa croissance est beaucoup plus rapide et il perd vite sa dureté première pour devenir mou. Plus tard, la lenteur de développement de l'adénome, sa grosseur, son aspect et sa consistance ne permettent plus de le confondre avec le chalazion.

Les autres inflammations chroniques du tarse diffèrent trop de l'adénome meibomien pour nous arrêter.

Parmi les néoplasmes véritables qui pourraient prêter à confusion, on éliminera à priori ceux qui n'adhèrent pas intimement au tarse: ainsi peut-on rejeter les adénomes qui se développent aux dépens des glandes sudoripares ou sébacées de la peau.

Les adénomes des glandes de Moll et ceux des glandes de Krause ont été étudiés par Salzmann (7); ce sont des tumeurs encore plus rares que celles qui nous occupent. Nous savons que les glandes de Moll appartiennent au type sudoripare; elles sont très développées et siègent sous le bord libre; aussi les

tumeurs qui en dérivent prennent toujours naissance au niveau du sol ciliaire ; en outre, elles n'ont jamais l'aspect jaune sale des adénomes meibomiens. Les glandes de Krause dépendent de la conjonctive et pénètrent dans les parties supérieures du tarse, au-dessus des glandes de Meibomius ; aussi les tumeurs auxquelles elles donnent naissance se développent-elles au niveau du fornix et ont-elles une évolution conjonctivale ; dans le cas de Salzmann, la tumeur descendait entre le globe et la paupière et apparaissait à la fente palpébrale, sous l'aspect d'une tumeur rosée et bosselée.

Le *carcinome des glandes de Meibomius* est également une tumeur rare, que l'on peut surtout confondre avec l'adénome ; ses caractères cliniques sont surtout connus depuis le travail de Sourdille (11). A leur début, les allures des deux tumeurs sont identiques ; cependant le carcinome est douloureux et la conjonctive s'ulcère vite à son niveau ; en outre, il ne tarde pas à prendre les caractères d'une tumeur maligne : sa croissance est rapide, ses limites sont empâtées, les ganglions sont envahis de bonne heure et, si on l'extirpe, il récidive bientôt.

On désigne sous le nom de *cancer primitif de la paupière* une tumeur rare et mal connue qui se développe dans l'épaisseur du voile palpébral ; mais on ignore aux dépens de quel organe elle prend naissance. Quoi qu'il en soit, ses allures sont malignes et semblables à celles du carcinome meibomien.

En somme, le diagnostic clinique des adénomes meibomiens est difficile et il aura toujours besoin d'être contrôlé par l'examen anatomique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La description histologique de la tumeur que nous avons observée nous dispense de nous étendre longuement sur l'anatomie des adénomes meibomiens. Son évolution récente la rend très démonstrative ; au contraire dans les autres cas publiés, l'âge avancé de la plupart de ces tumeurs donne de l'obscurité à certains de leurs détails. Cependant les descriptions microscopiques sont à peu près les mêmes.

L'adénome meibomien présente tous les caractères distinctifs des adénomes en général : régularité des formations épithéliales, ressemblance intime avec la glande normale, présence d'une membrane propre partout continue, sur laquelle repose l'assise épithéliale génératrice, tendance à devenir le siège de forma-

tions kystiques et à s'isoler du tissu où il a pris naissance. Comme l'a vu Leber, il s'agit d'une véritable *hypertrophie glandulaire*; les adénomes meibomiens rentrent dans la catégorie des polyadénomes sébacés de Broca, c'est-à-dire que l'hypertrophie atteint simultanément un grand nombre de glandes à la fois.

A l'état normal, les acini meibomiens sont constitués par une assise périphérique de cellules génératrices reposant sur la membrane propre; cette couche donne naissance à des cellules qui ne tardent pas à subir la dégénérescence graisseuse et qui forment alors la matière sébacée, excrétée au fur et à mesure de sa production. Si, par suite d'une perturbation dans cette évolution physiologique, l'activité génératrice des cellules périphériques augmente et si les cellules centrales tardent à subir la transformation sébacée, l'adénome est constitué. L'hyperplasie épithéliale a pour conséquence l'agrandissement des acini. Il se produit alors une coalescence des éléments glandulaires, qui aboutit à la formation de grands lobules à contours polycycliques ou géographiques; sous la poussée des cellules nouvelles, les acini refoulent les travées conjonctives, qui s'amincissent et finissent par devenir de délicates cloisons, dont on retrouve les traces au milieu des masses épithéliales. A la périphérie, le tissu conjonctif repoussé s'organise en capsule fibreuse, qui isole le néoplasme.

La vitalité des cellules se manifeste par la persistance des caractères de jeunesse : au lieu d'évoluer dès leur formation vers le type sébacé adulte, c'est-à-dire au lieu de devenir grosses, polygonales et spongiocytiques, elles restent longtemps petites et cubiques, leur protoplasma est homogène et prend vivement les couleurs, leur noyau est fréquemment en karyokynèse. La couche périphérique compte ainsi plusieurs assises de cellules jeunes. Au centre des lobules, les cellules deviennent adultes ; cependant elles sont plus vivaces que les cellules des glandes normales : leur affinité pour les couleurs est plus grande, leurs contours restent plus nets et l'on voit parfois des noyaux en activité. Enfin quand les lobules ont atteint de grandes dimensions, les cellules centrales finissent par subir la dégénérescence graisseuse ; mais comme il n'existe plus de canaux excréteurs perméables, il se forme de véritables kystes sébacés, dont les parois sont tapis-

sées par une couche plus ou moins épaisse de cellules encore vivantes. Ces kystes peuvent devenir très grands, comme dans le cas de Pause. A ces cavités résultant de la liquéfaction des cellules sébacées, certains auteurs ont improprement donné le nom de lumières glandulaires.

Le tissu conjonctif des travées interlobulaires a des caractères plus jeunes que celui du tarse normal ; la plupart des auteurs signalent son infiltration par des cellules rondes. Dans notre cas la réaction inflammatoire était très accentuée dans certains points : cette particularité tient probablement à ce que la tumeur avait été incisée quelques mois avant son extirpation.

La tumeur refoule au-devant d'elle les faisceaux de l'orbiculaire ; quand elle a pris un grand développement, les fibres musculaires sont dispersées autour de la capsule. Certains auteurs ont enlevé la peau qui recouvrait la tumeur ; à l'examen microscopique cette peau était amincie, mais elle avait gardé sa structure normale. Au contraire, la conjonctive est le plus souvent hypertrophiée : son chorion s'infiltre et son épithélium devient pavimenteux stratifié ; en un mot, elle s'épidermise.

Le *diagnostic anatomique* est en général facile. Nous n'insisterons pas sur les caractères différentiels du chalazion, qui sont trop marqués. L'adénome des glandes de Moll est formé par des cavités kystiques et des tubes ramifiés, entrelacés et terminés en cæcum, qui sont tapissés par un épithélium cubique ou cylindrique analogue à celui des glandes sudoripares. L'adénome des glandes de Krause est caractérisé par l'aspect tubuleux de ses éléments, que recouvre un épithélium cylindrique modifié.

Cependant la différenciation avec le carcinome meibomien au début peut être des plus délicates à établir. L'aspect général des coupes est le même : à côté d'acini normaux, on trouve de grandes cavités formées par la coalescence de plusieurs éléments glandulaires ; toutefois les cellules épithéliales sont beaucoup plus atypiques que dans l'adénome ; on y trouve parfois de véritables globes épidermiques en voie de formation et le nombre des cellules en karyokynèse est considérable. Enfin le diagnostic de carcinome peut être porté avec certitude, si l'on trouve *la paroi d'un acinus rompue et laissant échapper les cellules épithéliales dans le tissu cellulaire ambiant*. Plus tard,

quand le carcinome a évolué, ses caractères histologiques le différencient nettement de ceux de l'adénome. En somme, il existe une parenté étroite entre l'adénome et le carcinome meibomien ; dans le premier cas, malgré leur hyperplasie, les cellules néoformées gardent leurs caractères normaux ; au contraire, dans le second cas, ces cellules n'évoluent plus vers le type sébacé adulte, mais deviennent atypiques, d'où leur malignité.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT. — Comme tous les adénomes sébacés, ceux qui se développent aux dépens des glandes de Meibomius sont des tumeurs cliniquement et anatomiquement bénignes. Ils ne se généralisent jamais et, quand on les a enlevés, ils ne récidivent pas, à moins que l'extirpation n'ait pas été totale. S'il existe du ptosis, il disparaît peu à peu et la paupière reprend ses fonctions.

Pour extirper ces adénomes meibomiens, il n'y a pas de technique spéciale à décrire ; il faut suivre les règles générales de la chirurgie des paupières, en s'efforçant de conserver le plus possible les tissus sains. Après avoir incisé la peau parallèlement au bord libre, on la dissèque minutieusement, puis on détache les parties encore saines du tarse et l'on sépare la conjonctive de la tumeur : c'est là le temps le plus délicat, à cause de l'adhérence de la muqueuse au plan sous-jacent. Néanmoins l'énucléation de la tumeur est en général facile. Il faut enfin reconstituer la paupière par des sutures. Il est absolument inutile d'exciser, en même temps que le néoplasme, la peau qui le recouvre, comme le fit Salzmann ; pour refaire la paupière, cet auteur fut obligé de pratiquer une blépharoplastie à lambeau temporal.

Quand la tumeur n'a qu'un petit volume, on peut l'extirper comme un chalazion, par une incision conjonctivale. Dans notre cas particulier, après avoir sectionné la muqueuse, nous avons énucléé la tumeur à coups de ciseaux et nous avons cureté la loge où elle était contenue. Nous aurions fait une extirpation plus large, si nous avions par avance soupçonné la véritable nature de cette néoplasie.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) PANAS, *Traité d'ophthalm.*, 1894, II.
- (2) LAGRANGE, *Traité des tumeurs de l'œil*. Paris, G. Steinheil, 1904, II, et *Encyclopédie franç. d'ophl.*, 1906, V.

- (3) GINSBERG, *Grundriss der pathol. histologie des Auges*, 1903.
 (4) BALDAUF, Inaug. Dissert., Munich, 1870.
 (5) BOCK, *Wiener klin. Wochenschrift*, 1888, I.
 (6) RUMSCHEWITSCH, *Klin. Monatsbl. für Augenheilk.* 1890, XXVIII.
 (7) SALZMANN, *Arch. für Augenheilk.*, 1891, XXII.
 (8) WADSWORTH, *Trans. Amerie. opt. Society*, 1895, Hartford, 1896, VII.
 (9) KNAPP, *Trans. Amerie. opt. Society*, Hartford, 1903, X.
 (10) PAUSE, *Klin. Monatbl. für Augenheilk.*, 1904, XLIII.
 (11) SOURDILLE, *Archives d'ophth.*, 1894, XIV.
-

LA KÉRATECTOMIE A LAMBEAUX

Par le docteur FAGE,
 Médecin en chef de l'hospice Saint-Victor d'Amiens.

La chirurgie oculaire, devenue plus conservatrice depuis quelques années, a élargi le cadre des amputations partielles du globe qui laissent d'excellents moignons pour la prothèse. Aujourd'hui, ces opérations sont utilisées dans beaucoup de cas où on aurait fait autrefois l'énucléation (staphylomes, buphtalmie, leucone total avec hypertension, glaucome absolu).

Le classique procédé de Critchett (1) a eu le mérite de mettre en usage les sutures pour une large plaie qui, laissée béante, était trop exposée aux pertes de corps vitré et à l'infection. Mais ce procédé est de plus en plus délaissé, car il a l'inconvénient de faire porter la section et les sutures en pleine zone ciliaire, ce qui peut provoquer de l'ophthalmie sympathique, comme le fait a été signalé ; il laisse en outre aux extrémités de la cicatrice des angles saillants, qui peuvent être fort gênants pour le port de la coque artificielle.

Panas (2) a décrit, sous le nom de *Kéractectomie totale combinée suivie de suture*, une opération qui consiste dans l'excision totale de la cornée, l'arrachement de l'iris et l'extraction du cristallin. La plaie est fermée par des sutures.

En faisant son opération, Panas s'efforçait de ne pas toucher aux procès ciliaires, et dans ce but il faisait porter la section sur le bord de la cornée, les aiguilles étant introduites au niveau du

(1) CRITCHETT, *Ophthalmic hosp. Reports*, 1863.

(2) PANAS, *Arch. d'Ophthalmologie*, septembre 1898.

limbe scléro-cornéen. Par l'irido-dialyse et la suppression du cristallin, ce procédé constitue une véritable opération antiglaucomateuse. Il nous est arrivé plusieurs fois, en faisant cette opération, de perdre du corps vitré ; c'est un fait qui ne doit pas être rare et qui expliquerait le décollement total de la rétine, que Panas avait constaté dans les yeux des animaux opérés expérimentalement.

Il est également difficile, quand on excise la cornée au ras du limbe, d'éviter que les points de suture ne lèsent la zone ciliaire. Pour éviter ce danger, il faudrait se contenter de la simple suture conjonctivale ; mais, même faite à points séparés, elle peut ne pas résister à la pression du corps vitré. Quant à la suture en bourse, qui est celle qui permet le mieux d'éviter l'issue du vitré dans le cours de l'opération, on sait qu'elle ne tient pas. Comme l'a fait judicieusement remarquer Alb. Terson (1), il faut, si on veut avoir des garanties suffisantes contre l'ophtalmie sympathique, faire la section et passer les sutures en avant du limbe.

Mazet (2) aussi a proposé une modification avantageuse du procédé de Panas, en conservant une margelle de cornée et en renforçant la cicatrice par des sutures conjonctivo-cornéennes.

Chevallereau (3), sous le nom de *Kéralotomie transversale combinée*, a décrit une opération qui consiste à faire l'ablation de l'iris et du cristallin à travers une incision scléro-cornéenne, laissant en place toute la cornée qui se réduirait de dimension à la longue jusqu'à se résoudre à un point.

Le but de toutes ces opérations est d'avoir un moignon volumineux, mobile, non douloureux, un moignon en un mot excellent pour la prothèse. Le résultat devient tout à fait intéressant quand on peut l'avoir d'un volume presque égal à celui de l'œil normal ; nous verrons plus loin par quel procédé opératoire on peut l'obtenir, un tatouage complémentaire étant susceptible de donner un résultat esthétique tout à fait satisfaisant.

Il est nécessaire de conserver le plus possible de cornée si on veut arriver à un tel résultat. Grâce aux lambeaux cornéens, on évite la sortie du corps vitré, on s'abstient de passer les aiguilles à travers le corps ciliaire, on obtient une cicatrice solide qui

(1) A. TERSON, *Soc. d'Ophthalmologie de Paris*, avril 1900.

(2) MAZET, *Rec. d'Ophthalmologie*, mai 1904.

(3) CHEVALLEREAU, *Soc. franç. d'Ophthalmologie*, 2 mai 1905.

n'est pas apte à s'enflammer ni à bourgeonner, on conserve le dessin plus ou moins réduit de la cornée, dessin qu'on peut par un tatouage agrandir dans les dimensions d'une cornée normale.

L'idée de respecter la cornée est d'ailleurs fort ancienne. Voici ce qu'écrivait Demours (1), en 1821, à propos du traitement du staphylome : « Si les malades désirent vivement conserver une partie du globe pour éviter l'usage d'un œil d'email, j'ai quelquefois recours à une incision demi-circulaire à la partie infé-



rieure de la cornée, et je me contente d'enlever avec les ciseaux une petite portion du lambeau formé par l'incision de cette membrane. »

Voici le procédé opératoire qui m'a donné les meilleurs résultats : L'œil étant bien cocainé, on dissèque la conjonctive tout autour du limbe assez loin pour que les lambeaux conjonctivaux puissent être réunis ultérieurement sans tiraillement. Ensuite, avec un couteau de Graefe, on incise transversalement la cornée. Près des limites qui doivent circonscrire l'excision de la cornée et qu'on réduira au minimum indispensable, on passe de dedans

(1) DEMOURS, *Dictionnaire des sciences médicales*.

en dehors, afin d'éviter toute pression qui pourrait chasser le vitré, un catgut fin enfilé à deux aiguilles. On excise la portion nécessaire de cornée, en laissant deux lambeaux adhérents au limbe (lorsqu'il s'agit d'un staphylome volumineux, on peut n'en couper qu'une partie). A ce moment, on extrait le cristallin, fut-il transparent, après avoir ouvert sa capsule au kystitome pour éviter tout effort. Rien n'empêcherait, si on le jugeait nécessaire, d'arracher préalablement l'iris, comme dans le procédé de Panas et dans celui de Chevallereau.

Puis on noue vivement le catgut qui rapproche les deux lambeaux cornéens ; un ou deux autres catguts peuvent renforcer le premier. Mais la plaie ne serait pas suffisamment garantie si on ne suturait pas au-devant d'elle la conjonctive préalablement libérée, à la façon du recouvrement conjonctival qui a été recommandé pour les plaies accidentelles de la cornée. Cette suture se fera par points séparés et rapprochés, étant donné que la suture en bourse ne tient généralement pas. Vers le huitième jour, quand on enlève les sutures, les lambeaux conjonctivaux s'écartent et mettent à découvert ce qui a pu être conservé de cornée. Un tatouage ultérieur sera utile pour parfaire le résultat esthétique.

La kératectomie à lambeaux est surtout indiquée dans les staphylomes cornéens. Nous avons dit que, même dans les cas de staphylome total, on peut conserver, dans la portion attenant au limbe, qui est en général moins amincie, des lambeaux de tissu cornéen, et qu'on peut éviter ainsi une amputation dont l'étendue diminuerait par trop le volume du globe.

Nous avons employé aussi avec avantage la kératectomie à lambeaux sur des yeux perdus et buphtalmiques qu'il y avait lieu de réduire de volume, sur des yeux atteints de large leucose adhérent et de glaucome secondaire. Dans les cas où la cornée n'est pas staphylomateuse, on peut s'en tenir à une simple kératotomie transversale, comme l'a conseillé M. Chevallereau ; mais alors il est encore indiqué de faire un recouvrement conjonctival, car sans cela la cornée s'infecter.

UN CAS DE BLÉPHAROCHALASIS

(PTOSIS ATONIQUE. DERMATOLYSIE PALPÉBRALE.)

Par le docteur SCRINI, ancien chef de clinique ophtalmologique
de la Faculté.

Parmi les ptoses palpébrales non paralytiques, il en est qui sont désignées sous le nom générique de *faux ptosis*. Sichel en a étudié une variété à laquelle il donna le nom de *płosis lipomateux*, variété, connue d'ailleurs des Arabes et signalée par Dupuytren. Depuis, divers cliniciens, Businelli, Coppez, Dalen, Fehr, Frenkel, Fuchs, Galezowski, Haab, Lodato, Panas, Pick, Rohmer, Schmidt-Rimpler, cités par ordre alphabétique, en ont rapporté des exemples. Suivant que la blépharoptose est attribuée à une accumulation de graisse distendant la peau, à un relâchement du tégument consécutif à des distensions répétées par un gonflement œdémateux des paupières supérieures ou à des lésions vasculaires locales, elle est tour à tour étudiée sous la dénomination de *płosis lipomateux* (Sichel), de *blépharochalasis* (Fuchs) par les uns, de *płosis cutané* (Panas), d'*angiomégalie des paupières* (Rohmer) ou de *paupières en besace* (Frenkel) par les autres.

En 1904, M. A. Terson, apportant de nouveaux faits, reprend la question et étend les limites trop étroites qu'on avait assignées à cette affection, qu'il rattache, avec d'autres auteurs, à une lésion trophonévrotique dépendant du grand sympathique. Il fait ainsi ressortir que celle-ci relève de la pathologie générale et de la pathologie dermatologique et propose de la classer dans cette affection cutanée étudiée, en 1832, sous le nom de *dermatolysie* par Alibert, qui en avait décrit plusieurs formes, la *dermatolysie palpébrale* entre autres.

Quelque temps après, M. de Lapersonne présente, à la Société d'ophtalmologie de Paris, un cas qu'il avait opéré et au sujet duquel Parinaud s'était demandé s'il ne s'agissait pas plutôt d'un faux basedowien. Enfin, M. Proust, sous l'inspiration de M. de Lapersonne, publie dans sa thèse inaugurale ayant pour titre : *Sur quelques variétés de ptosis palpébrales sans*

paralysie musculaire, deux cas inédits qu'il a pu suivre à l'Hôtel-Dieu.

Le 19 octobre 1905, j'ai eu l'occasion d'observer à la Polyclinique Panas un nouveau cas, qui me paraît intéressant d'être rapporté.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un garçon de 18 ans, fils unique d'une mère bien portante et d'un père de bonne santé également, mais éthylique invétéré.

Né à terme, l'enfant, au dire de la mère, a marché à 13 mois et s'est bien développé jusqu'à l'âge de 6 ans. Un impétigo de la face et du cuir chevelu à 6 mois, une laryngite à 3 ans, une furonculose et une



FIG. 1.

conjunctivite folliculaire à 5 ans forment le casier pathologique de sa première enfance. Mais, déjà, l'état de ses paupières supérieures avait attiré l'attention des parents. Les paupières leur paraissaient gonflées; la photographie faite à cette époque (1894) montre assez nettement qu'elles sont boursoufflées.

En entrant dans sa septième année, l'enfant paye son tribut à la rougeole et, à partir de ce moment, il pâlit, il maigrit et présente des troubles digestifs avec constipation opiniâtre, des accès de migraine de 24 heures de durée, lesquels se répètent à des intervalles plus ou moins longs et plus ou moins réguliers, six à huit fois par an. Pendant ces accès, la face est congestionnée, rouge et brûlante; les paupières supérieures deviennent le siège d'un œdème prononcé : elles sont alors violacées, gonflées, pesantes, difficiles à relever. En même

temps que disparaît l'accès migraineux, jamais précédé ni suivi d'aucun malaise, la fluxion palpébrale se dissipe. Toutefois, après chaque crise, les paupières supérieures sont plus tombantes. Leur état est caractéristique sur la photographie II, prise en 1900. L'enfant avait 13 ans. A 8 ans, c'est-à-dire 5 ans auparavant, en 1897, la blepharoptose n'était pas si marquée. Les parents ne s'en inquiétèrent pas moins et consultèrent.

L'analyse des urines, plusieurs fois répétée, n'ayant révélé qu'une seule fois des traces d'albumine, il est prescrit un régime et une médication toniques. Mais, la chute des paupières augmentant après chaque poussée œdémateuse, la famille demande à nouveau, en 1899, un



FIG. 2.

avis autorisé. On conseille l'électrolyse, dont il ne fut fait qu'une seule séance. Enfin, en 1903, est institué un traitement bien suivi d'hydrothérapie et de médication tonique, sous l'influence duquel les troubles digestifs, les accès migraineux cessèrent, et aussi les crises concomitantes d'œdème des paupières supérieures dont la plose est définitive (photographie III).

De taille moyenne, maigre et pâle, ce garçon est nerveux et timide. Sa timidité exagérée provient, en partie, de l'état aussi disgracieux que gênant de ses paupières supérieures. Le front est ridé. Les sourcils sont relevés. Le sillon orbito-palpébral est peu prononcé dans sa moitié externe ; il existe même à sa place une certaine youssure. Sur cette partie légèrement bombée on sent, à la palpation, un petit corps dur, allongé, aplati, mobile en haut et dans le sens horizontal, rappelant tous les caractères de la glande lacrymale orbitaire. Celle-ci affleure, par son bord supérieur, le rebord orbital mais s'en éloigne

s'abaisse toutes les fois que le jeune garçon dirige fortement son regard en bas. Dans cette situation elle garde intacte sa mobilité latérale.

La fente palpébrale est rétrécie horizontalement et verticalement. Elle n'est pas ovalaire. Elle affecte plutôt une forme triangulaire. L'action du releveur paraît entièrement conservée.

Le bord libre de la paupière supérieure, surtout à gauche, est recouvert dans les deux tiers de son étendue par un repli cutané, qui, né à 2 ou 3 millimètres au-dessus de l'angle interne, est à peine ébauché. Ce pli se porte de dedans en dehors et de bas en haut sans empiéter sur le bord ciliaire, puis, changeant brusquement de direction



FIG. 3.

s'étend, en formant tablier, obliquement de haut en bas et de dedans en dehors et cache le bord libre de la paupière. Vers le tiers externe, il effleure le bord ciliaire de la paupière inférieure. Ce pli, facile à soulever et à plisser, est formé par la peau flasque, mince, comme gauffrée et tranchant par sa coloration pâle sur celle des régions voisines. Au froid, elle devient rose, rouge et même violacée. On aperçoit, surtout à gauche, quelques veinules.

La vision est gênée par cette blépharoptose. Les deux yeux ont une réfraction myopique. Rien à signaler du côté du cœur et des reins.

M. de Lapersonne conseille une intervention chirurgicale qui est acceptée, et j'ai pu ainsi examiner, au laboratoire de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, le lambeau cutané excisé. Fixation par les vapeurs osmiques puis dans le Müller, inclusion dans la celloidine et coloration à l'hématine et à l'éosine.

L'épiderme, très mince, présente une coloration noire due à l'acide

osmique. Les trois couches : couche génératrice, corps muqueux, couche granuleuse du corps muqueux de Malpighi, sont bien visibles. Rien de spécial à signaler. On y voit, interrompant normalement les deux couches, la coupe des poils auxquels sont annexées des glandes sébacées normales et les canaux d'excrétion des glandes sudoripares normales. Il est impossible de trouver une limitation exacte entre le derme et le tissu cellulaire sous-cutané. Dans les espaces interpapillaires s'enfoncent des fibres élastiques nombreuses, normales, formant un feutrage assez serré. Sur les parties répondant aux enfoncements du corps muqueux dans le derme, les fibres élastiques sont beaucoup moins abondantes et moins serrées. C'est ce qui donne à la peau un



FIG. 4.

aspect atrophique, et il ne fait pas de doute que le derme est aminci et que, de ce fait, la résistance de la peau est diminuée.

Au-dessous, fibres élastiques peu abondantes et du tissu conjonctif, mais très peu de graisse. On constate un développement exagéré du système veineux : les veines sont nombreuses, volumineuses, gorgées de globules sanguins.

En résumé, atrophie de la peau dans toutes ses couches et développement anormal du plexus veineux sous-cutané.

..

Quel nom faut-il donner à cette affection ? Il n'y a pas à hésiter, c'est le blépharochalasis de Fuchs, le ptosis cutané de

Panas, la paupière en besace de Frenkel, l'angiomegalie palpébrale de Rohmer ou encore la dermatolysie palpébrale, mais avec une subluxation des glandes lacrymales orbitaires.

Les autres formes de blépharoptose s'en distinguent aisément.

Il ne peut être question de faux ptosis atonique des vieillards, étant donné l'âge du sujet, ni de faux ptosis consécutif à un traumatisme chirurgical ou accidentel. Chez ce garçon, il n'y a pas eu d'accident ni d'intervention opératoire.

J'élimine également le faux ptosis mécanique d'origine cutanée ou conjonctivale : pas de tumeur, pas de kyste, pas de granulations conjonctivales.

Il ne s'agit pas non plus d'éléphantiasis, affection caractérisée par un développement exagéré de la peau, qui, ici, devient épaisse et comme rugueuse.

Le diagnostic ne présente donc pas de difficultés. Celles-ci commencent lorsqu'on cherche à déterminer l'époque d'apparition, la nature et la pathogénie de l'affection qui sont très obscures.

En ce qui concerne l'époque d'apparition, il est permis de la faire remonter, en se basant sur les commémoratifs, à l'âge de 7 ans. C'est à ce moment que, pour la première fois, les parents s'aperçoivent de la difformité des paupières, qui s'accentue de plus en plus après chaque accès de migraine et la crise concomitante d'œdème des paupières. Néanmoins, si l'on examine attentivement la photographie IV de l'enfant, alors qu'il avait 6 mois, on est frappé de l'aspect de ses paupières supérieures. Il rappelle celui qu'elles présentent, d'une façon plus marquée peut-être, sur la photographie I.

Cet aspect incite à se demander si la peau de la paupière supérieure ne présenterait pas une anomalie dans sa structure, qui l'aurait privée et de sa contractilité et de son élasticité normales. De là le relâchement de la paupière qui la prédisposeraît, sous l'influence d'une cause occasionnelle — ici les œdèmes — à la flaccidité, à la laxité dont dépend le ptosis.

Au point de vue de la pathogénie, j'incline à penser, avec Terson, que la dermatolysie palpébrale relève de causes générales.

Mon malade a eu des troubles digestifs et des accès de mi-

graine accompagnés d'œdème des paupières supérieures, dont le tégument, à cause précisément du défaut congénital de tonicité, s'amincit à la suite des distensions répétées, perdit toute son élasticité et devint procident fatalement.

De même, le relâchement du système, suspenseur ligamenteux de la glande lacrymale orbitaire a produit la subluxation dont j'ai parlé.

On connaît les lésions diverses du tégument et du tissu cellulaire sous-cutané, secondaires à des troubles vaso-moteurs et trophiques consécutifs à des névralgies. Mais on connaît aussi les faits signalés par le Calvé dans sa remarquable thèse intitulée : *Pathogénie des œdèmes. De l'œdème aigu toxique-névropathique de la peau et des muqueuses. Maladie de Quincke.*

Chez mon malade la dermatolysie palpébrale serait le résultat d'un trouble toxique-névropathique. Les accidents digestifs et nerveux sur lesquels j'ai insisté, en seraient le point de départ.

Ainsi, ce cas relèverait bien plus de la pathologie générale que de la pathologie dermatologique, car dans la dermatose étudiée par Alibert et à propos de laquelle il relate l'observation d'une dermatolysie palpébrale, on ne trouve pas signalées les fluxions palpébrales récidivantes et périodiques qui ont conduit chez mon malade à la laxité et à la procidence du tégument palpébral.

Quant au développement exagéré du plexus veineux sous-cutané, il est vraisemblable que son existence est secondaire. La gêne dans la circulation de retour, au moment des fluxions palpébrales, l'explique suffisamment.

THROMBO-PHLÉBITE DE LA VEINE CENTRALE DE LA RÉTINE CHEZ UN TUBERCULEUX

Par ALPH. PÉCHIN.

La rareté des cas publiés de thrombo-phlébite de la veine centrale de la rétine chez les tuberculeux m'engage à présenter ce malade (1), que j'ai observé dans le service de M. le professeur Brissaud, à l'Hôtel-Dieu.

(1) *Communication faite à la Société d'Ophthalmologie, le 3 avril 1906.*

OBSERVATION. — Ce malade, âgé de 30 ans, fut atteint de pneumonie il y a 4 ans, pour laquelle il reçut des soins à l'Hôtel-Dieu annexe, où il resta six semaines.

A sa sortie, il reprit son métier de vannier, mais sa santé resta dès ce moment chancelante. La toux était fréquente, l'expectoration abondante. Il y a un an, il fut pris subitement de malaise et d'abattement, sans ictus. Le côté droit et la face du même côté (facial inférieur) furent paralysés. Ces phénomènes parétiques persistèrent jusqu'à maintenant, avec toutefois quelque amélioration. Il y a un mois environ (exactement le 19 février 1903), il perdit la vue de l'œil gauche brusquement; il était 4 heures de l'après-midi. Le soir, la vision revint, se maintint le lendemain, mais le surlendemain la cécité revenait de nouveau, et cette fois définitivement. Et, détail qui a son importance, l'œil resta douloureux pendant six jours à partir du jour de l'accident.

J'examinais le malade quatre jours après son entrée à l'hôpital. La papille très pâle, d'où s'échappaient des artères filiformes et des veines un peu grosses, était entourée d'une rétine à l'aspect blanc neigeux. Cette teinte blanche se perdait insensiblement à la périphérie, où la rétine reprenait sa teinte normale. Sur les limites temporales de la papille, un petit espace triangulaire avait conservé également une teinte normale. La région maculaire s'accusait par une grosse tache ronde, noirâtre, qui tranchait sur un fond blanc.

Grosse adénite cervicale suppurée, à gauche.

Tel était l'état de ce malade il y a un mois.

Actuellement, l'aspect du fond de l'œil a complètement changé. La jaunisse blanche neigeuse a disparu, elle est remplacée par une teinte grisâtre, grenue, et la région maculaire est comme treillagée et parsemée de petites taches blanches. La papille est pâle, atrophique. Acuité visuelle nulle; un peu de vision périphérique.

Il s'agit d'une thrombo-phlébite de la veine centrale de la rétine. Et il n'est pas sans intérêt de rapprocher les deux aspects ophtalmoscopiques dont le premier est typique et dont le second serait d'une interprétation difficile, s'il n'était expliqué par le premier. Bien différent, en effet, est l'aspect du fond de l'œil dans l'embolie de l'artère centrale de la rétine. Il est à noter, en outre, que l'œil a été douloureux pendant plusieurs jours, ce qui est un caractère de la phlébite tuberculeuse qui manque dans l'embolie de l'artère centrale.

D'ailleurs, ce malade est exempt de toute affection cardiaque et l'on connaît la valeur sémiologique de la phlébite chez les tuberculeux. Au début de la tuberculose, cette valeur est grande,

il s'agit alors de la phlébite pré tuberculeuse ou mieux de la phlébite précoce des tuberculeux.

Chez notre malade, la thrombo-phlébite perd de son importance sémiologique parce que l'état général et surtout les lésions pulmonaires établissent le diagnostic.

Le même processus phlébitique évoluant vraisemblablement dans la région de la frontale et de la pariétale ascendantes a été la cause de l'hémiplégie.

ÉPITHÉLIOMA ÉPIBULBAIRE

Par le docteur **G.-F. COSMETTATOS**

Privat docent d'Ophthalmologie à Athènes.

Bien que les cas d'épithélioma épibulbaire, jusqu'à présent publiés, soient assez nombreux, nous croyons qu'il n'est pas sans intérêt d'en relater encore de nouveaux, surtout ceux qui présentent des particularités soit au point de vue de la structure ou de l'envahissement de l'intérieur du globe oculaire.

Nous rapportons ici l'observation d'un cas d'épithélioma épibulbaire ayant acquis dans l'espace de deux mois un développement considérable. Après la description microscopique de la tumeur, nous insisterons sur la différence microscopique qu'il ya entre l'épithélioma, le sarcome et le papillome épibulbaire, et nous ferons enfin quelques remarques sur l'envahissement de l'œil par l'épithélioma.

OBSERVATION. — Marie A., âgée de 45 ans, originaire d'Eubée. Au point de vue héréditaire, rien de particulier à signaler. La malade, à part une fluxion de poitrine, n'a pas eu d'autres maladies générales. Au mois de juillet 1903, apparut sans aucune cause une petite grosseur du volume d'une petite lentille, à la partie externe du bord scléro cornéen de l'œil gauche.

Cette grosseur était accompagnée d'une injection conjonctivale intense et de petites douleurs péri orbitaires. La tumeur ne saignait point, mais comme elle gênait la malade, celle-ci s'adressa à un confrère qui en pratiqua l'ablation. L'examen microscopique de cette pièce n'a pas été fait.

Deux ans après, la tumeur récidiva au même endroit et prit dans

l'espace de deux mois un tel développement que la malade perdit complètement la vision de cet œil.

État actuel, 10 octobre 1905. — A la place de l'œil gauche, nous voyons une grande tumeur charnue, qui proémine en dehors des paupières, remplissant tout l'espace compris entre les rebords orbitaires supérieur et inférieur et la racine du nez.

La tumeur est aplatie et allongée dans le sens transversal. Elle s'étend surtout du côté temporal, où elle dépasse le rebord orbital externe sur une grande étendue. Sa surface est irrégulière et présente un aspect papillaire fin, mais elle n'est pas du tout pigmentée.

Au toucher, la tumeur paraît molle et saigne facilement. La malade nous dit d'ailleurs qu'elle a souvent des hémorragies.

La tumeur est mobile dans toutes les directions, et en soulevant ses extrémités on voit qu'elle s'attache seulement au segment antérieur du globe et que les paupières sont ouvertes, repoussées par le développement excessif de la tumeur.

Le diagnostic exact d'après l'aspect extérieur était bien difficile. A en juger par sa consistance molle, son développement en hauteur, ainsi que par les hémorragies abondantes, on aurait cru plutôt à un sarcome ; mais les épithéliomias peuvent présenter aussi quelquefois les caractères propres aux sarcomes ; et nous allons voir d'ailleurs que, dans notre cas, il s'agissait d'un épithélioma.

L'enveloppement rapide de l'œil par la tumeur ne laissait aucun doute sur la nature maligne et nécessitait l'énucléation de l'œil. Pour pratiquer cette opération, nous avons soulevé la tumeur par son côté temporal, et nous avons sectionné le droit externe puis le nerf optique. Nous avons ensuite renversé le globe en dehors et l'avons libéré des autres insertions tendineuses. L'opération fut très rapide et l'hémorragie relativement petite. D'ailleurs, le grand volume de la tumeur, ainsi que la crainte d'une hémorragie abondante qui aurait gêné l'opération ne nous a pas permis d'employer le procédé habituel de l'énucléation. La tumeur n'avait pas d'adhérences avec les paupières, ni aucune propagation à l'orbite.

Les suites de l'opération furent normales. Les douleurs péri-orbitaires persistèrent pendant 4-5 jours, puis diminuèrent, et au bout de 10 jours la malade était complètement guérie.

Aspect macroscopique de la tumeur. — La tumeur a une largeur de 5 centimètres et demi, 4 centimètres de hauteur, tandis que son épaisseur mesure 12 millimètres. Sa forme est celle d'un large casque coiffant le segment antérieur de l'œil, où il adhère fortement. La tumeur est composée de 5 masses accolées les unes à côté des autres. A sa surface, nous voyons quelques ulcérations superficielles, dont la plus grande mesure 5 millimètres d'étendue et 2 millimètres de profondeur. La surface est finement papillaire. Le segment postérieur n'est pas envahi par la tumeur.

Examen microscopique de la tumeur. — L'œil ainsi que la tumeur, divisés en deux par une section horizontale, furent inclus, une moitié à la celloïdine et l'autre moitié, découpée en morceaux plus petits, à la paraffine pour avoir des coupes plus fines.

La tumeur, vue à un faible grossissement, repose sur toute l'étendue de la cornée, ainsi que sur la conjonctive voisine, mais du côté externe du limbe scléro-cornéen, l'envahissement est beaucoup plus considérable que du côté interne. La tumeur est composée de deux éléments principaux : de tissu épithelial et de tissu conjonctif (fig. 1).

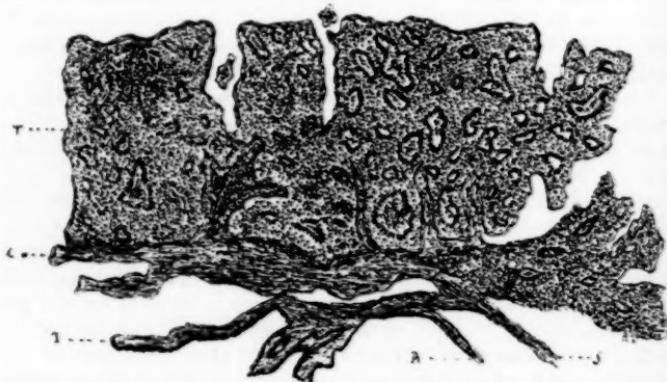


FIG. 1. — Épithélioma épibulbaire. Coupe horizontale passant par le bord externe du limbe scléro-cornéen.

C, cornée ; I, iris ; R, rétine ; S, sclérotique ; T, tumeur.

Près de la cornée, le tissu épithelial se présente sous forme de grandes masses qui, par leur extrémité inférieure, sont en rapport avec les lames superficielles de la cornée. Les intervalles de ces masses épithéliales sont remplis de tissu conjonctif et de nombreuses cellules migratrices qui s'infiltrent même entre la tumeur et la cornée. Ces masses sont composées de cellules plates et de très petits espaces arrondis contenant du tissu conjonctif, ainsi que des capillaires sanguins.

La disposition qu'affectent les cellules épithéliales autour de ces espaces vasculo-conjonctifs est la suivante : tout autour d'eux, on remarque une série de cellules cubiques, ou ayant une forme allongée ou arrondie, et implantées perpendiculairement à l'axe de la papille. Leur noyau est grand et allongé dans le sens de la cellule.

Après cette couche, il y a une grande prolifération des cellules polygonales qui ont peu ou pas de dentelures, et contiennent un grand noyau unique ou divisé présentant des figures karyokinétiques. Ces cellules, à mesure qu'elles arrivent à la surface des masses épithéliales, deviennent plus aplatis, paraissent gonflées à leur centre, c'est-à-dire à la partie correspondante au noyau. Ce dernier est entouré d'un grand espace clair, ne prenant pas la matière colorante.

La disposition du tissu épithélial est sensiblement la même si nous examinons la tumeur dans ses parties superficielles, mais là les espaces papillaires sont relativement plus nombreux que ceux de la base. Ils sont composés de tissu conjonctif infiltré des cellules de migration qui, parfois, sont tellement abondantes qu'elles remplissent ces espaces en totalité. Les cellules épithéliales qui entourent ces espaces papillaires présentent la même disposition de structure que celles de la base de la tumeur. Les vaisseaux sont abondants, surtout au niveau des espaces papillaires.

Entre les corps papillaires, nous remarquons des masses cellulaires amorphes, représentant des cellules épithéliales ayant subi l'évolution cornée. Le tissu conjonctif est infinitémoins abondant que l'élément épithélial. Il remplit tous les espaces qui séparent les masses épithéliales et forme aussi les papilles à la surface de la tumeur. Il est infiltré de nombreux leucocytes et contient de nombreux vaisseaux.

Les vaisseaux sont très abondants dans les corps papillaires, mais on ne les trouve pas en plein tissu épithélial.

Il nous faut insister encore sur la grande infiltration des cellules migratrices qu'on rencontre dans notre tumeur. Cette infiltration près de la cornée forme une couche séparant ainsi les masses épithéliales des lamelles cornéennes. Dans la tumeur même, ces cellules infiltrent le tissu conjonctif, et dans les papilles elles sont parfois tellement abondantes qu'elles les remplissent en totalité.

Les lamelles profondes de la cornée ne sont pas infiltrées par les cellules de migration; ces cellules forment seulement au niveau de l'angle scléro-cornéen une petite trainée près du canal de Schlemm, sans que ce dernier soit envahi.

La tumeur, malgré son grand développement, n'a intéressé que l'épithélium antérieur, la membrane de Bowman et les lames tout à fait superficielles de la cornée. La conjonctive est aussi envahie sur une grande étendue autour du limbe scléro-cornéen. La sclérotique est, au contraire, complètement indemne et elle est séparée de la tumeur par une couche de cellules migratrices. Les autres membranes de l'œil ne présentent pas d'infiltration épithéliale, ni aucune lésion appréciable.

L'épithélioma épibulbaire se développe plus souvent au niveau de la partie externe du limbe scléro-cornéen qu'à la partie

interne et plus rarement à sa partie supérieure et inférieure. Le limbe est très propice au développement de cette tumeur, comme cela s'observe aussi sur d'autres parties de l'organisme où il y a passage d'un épithélium à un autre. En dehors du limbre scléro-cornéen, l'épithélioma se développe sur d'autres parties de la conjonctive bulbaire ou palpébrale, comme aussi sur la caroncule lacrymale. On a cité même des cas où l'épithélioma se déve-loppa sur la tête d'un ptérygion (Steiner [1]) ou à côté de lui (Bistis [2]).

L'épithélioma au début peut avoir beaucoup de ressemblance avec les phlyctènes conjonctivales. Il se présente, en effet, sous forme d'une pustule rouge grisâtre, accompagnée d'une injection marquée de la conjonctive. Mais les phlyctènes sont, en général, multiples et s'observent chez des jeunes sujets, tandis que l'épithélioma est unique et atteint les sujets d'un âge mûr.

Quand l'épithélioma a acquis un certain développement, il se caractérise alors par son aspect rugueux, sa consistance plutôt ferme, ainsi que par sa tendance à se propager en surface. Mais il peut aussi devenir mou, se développer en hauteur et saigner facilement, comme dans notre cas. Il prend alors l'aspect d'un sarcome. L'aspect pigmenté de la tumeur ne peut, dans ce cas, nous fixer sur sa nature épithéliale ou sarcomateuse parce qu'on rencontre des sarcomes aussi bien pigmentés que non pigmentés (3), comme aussi des épithéliomas pigmentés.

Le papillome, quand il est de nature bénigne, se distingue de l'épithélioma, par son aspect en choux-fleurs ; mais quand il subit la dégénérescence épithéliomateuse, il prend alors l'allure d'un épithélioma.

Dans tous ces cas, l'examen microscopique peut seul nous renseigner sur la nature exacte de la tumeur.

Nous ne décrirons pas la structure propre de ces tumeurs qui est bien connue. Nous insisterons seulement sur quelques détails histologiques, qui peuvent nous servir pour différencier ces tu-

(1) STEINER, Cancroid der Cornea, ausgegangen von der Spitze eines Pterygiums. *Centralblatt für praktische Augenheilkunde*, 1896.

(2) BISTIS, Épithéliome du limbe scléro-cornéen. Pterygium. *Annales d'oculistique*, t. CXVII, p. 182, 1897.

(3) COSMETTATOS, Ueber das epibulbäre Leucosarkom. *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, September, 1905, p. 273.

meurs dans le cas où même la distinction microscopique est difficile.

Le sarcome globo-cellulaire peut être confondu avec l'épithélioma quand ces deux tumeurs ont un aspect alvéolaire. Dans les deux cas, nous trouvons des groupes cellulaires arrondis et entourés de tissu conjonctif. Si les cellules sont plates, alors il s'agit d'un épithélioma, tandis que les cellules rondes ou fusiformes caractérisent le sarcome. Mais si les cellules du sarcome, au lieu d'être rondes, ont un aspect épithélioïde, la distinction est alors beaucoup plus difficile. Dans ce cas, il faut examiner soigneusement les rapports des masses épithéliales avec l'épithélium de recouvrement; si les cellules proviennent de la couche la plus profonde de cet épithélium, il s'agit d'un épithélioma, tandis que si les masses épithéliales en sont complètement libres, il s'agit alors d'un sarcome épithélioïde (Panas [1], Greef [2], Axenfeld [3]).

Plusieurs auteurs ont soutenu aussi l'existence de deux éléments à la fois, sarcomateux et épithéliomateux, dans la même tumeur, mais cette opinion a été combattue par Panas, qui a admis que dans une tumeur doit prévaloir l'un de ces éléments seulement.

Le papillome, quand il est bénin, ne peut se confondre histologiquement avec l'épithélioma. Le papillome est caractérisé par des papilles allongées, entourées d'une couche d'épithélium pavimenteux stratifié, et le tissu conjonctif doit prédominer sur le tissu épithelial. La distinction est beaucoup plus difficile, quand ce dernier commence à subir la dégénérescence épithéliomateuse.

Dans les deux cas, nous trouvons des masses épithéliales ramifiées formant des lobules avec des globules hyalins au centre.

Mais les colonnes conjonctivo-vasculaires sont beaucoup plus accentuées dans le papillome. Ce sont elles, en effet, qui forment la charpente de la tumeur. Les vaisseaux sont aussi très nom-

(1) PANAS, Tumeurs épibulbares du limbe scléro-cornéen. *Archives d'Ophtalmologie*, t. XXII, p. 1, 1902.

(2) GREEF, Pathologische Anatomie des Auges. *Lehrbuch der speciellen path. Anatomie von Orth.*, 9 fasc., p. 88.

(3) AXENFELD, Geschwülste des Auges. *Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und path. Anatomie von Lubarsch-Osterlag*, Bd. II.

breux et on les trouve en plein tissu épithéial, ce qui fait défaut dans l'épithélioma (1).

L'épithélioma peut envahir l'intérieur du globe oculaire, soit par l'angle scléro-cornéen, soit par la cornée même.

L'envahissement par l'angle scléro-cornéen se fait, d'après Lagrange, par une infiltration des cellules épithéliales au niveau des espaces péri-lymphatiques et du canal de Schlemm. De là les masses épithéliales se portent, soit dans la chambre antérieure, soit dans le corps ciliaire ou entre celui-ci et la sclérotique. Des cas de ce genre d'invasion ont été décrits par Parisotti (2), Sgroso (3), Caspar (4), Lagrange et Mazet (5), et d'autres.

L'envahissement du globe par la cornée est beaucoup plus difficile parce que les membranes de Bowman et de Descemet résistent longtemps à l'envahissement épithéial. Goldzieher (6) relate un cas où l'épithélioma a envahi l'épithélium antérieur de la cornée, tandis que la membrane de Bowman est restée intacte sur toute son étendue presque, sauf au voisinage du limbe. La membrane de Bowman était séparée des masses épithéliales par une couche des cellules fusiformes.

Schmalz (7) décrit aussi un cas où la membrane de Bowman resta intacte, tandis que la tumeur reposait directement sur elle.

Dans les observations de Holmes (8), Greef (9) et Vries (10) la

(1) COSMETTATOS, Papillome de la conjonctive bulbaire ayant envahi la cornée. *Annales d'oculistique*, 1905, p. 39.

(2) PARISOTTI, Di un caso di Epithelioma primitivo de la congiuntiva bulbare. *Annali di Oftalmologia*, 1885.

(3) SGROSSO, Contribuzione alla morfologia et struttura dei tumori epibulbari. *Annali di Oftalmologia*, 1892, p. 3.

(4) CASPAR, Ueber maligne Geschwülste epithelialer Natur auf dem Limbus conjunctivae. *Archiv für Augenheilkunde*, XXIV, p. 177.

(5) LAGRANGE et MAZET, De l'épithélioma de la conjonctive bulbaire et de sa propagation dans le globe de l'œil. *Archives d'opht.* T.XIV, p. 768, 1894.

(6) GOLDFIEHER, Ueber einen Fall von Hornhaut cancrroid. *Pester medizinische Presse*, 1875.

(7) SCHMALZ, Inaugural Dissertation Würzburg, 1888.

(8) HOLMES, Dreizehn Fälle von Okularen Geschwüsten. *Arch. für Augenheilkunde*, t. XXIII, p. 209.

(9) GREEF, Ueber Augenerkrankungen bei Xeroderma pigmentosum. Epibulbares Carcinom bei einem 6 jährigen Knaben. *Arch. für Augenheilkunde*, t. XLII, p. 99.

(10) DE VRIES, Carcinoma oculi. *Nederl. Tijdsch. voor Genesk.*, I, n° 16. Mentionné dans le traité de Graefe-Saemisch, *Die Krankheiten der Conjunctiva*, par SAEMISCH, p. 705.

tumeur avait envahi une partie plus ou moins grande de la cornée.

Il faut ranger dans ces cas celui que nous rapportons aujourd'hui, où la tumeur a détruit la membrane de Bowman et les lames superficielles de la cornée, comme aussi un autre cas que nous avons publié précédemment et où les masses épithéliales avaient envahi une grande partie de la cornée, arrivant même à sa partie centrale jusqu'à la membrane de Descemet (1). Dans le cas de Alt (2), la tumeur avait perforé même la cornée et pénétré dans la chambre antérieure.

Nous voyons, par conséquent, que l'envahissement par le limbe scléro-cornéen est plus facile, parce que cet endroit, par l'abondance de ses vaisseaux lymphatiques, représente la partie la plus faible des enveloppes de l'œil, et par conséquent la plus apte à être envahie par les néoplasmes.

L'envahissement par la cornée est, au contraire, beaucoup plus difficile et, dans ce cas, le développement de la tumeur n'est pas en rapport avec le degré d'envahissement de cette membrane, ainsi dans les deux cas que nous avons eu jusqu'à présent à étudier. Dans le premier, la cornée était plus profondément envahie, bien que la tumeur ait un volume beaucoup moins grand que dans le cas que nous rapportons aujourd'hui et où la tumeur n'a détruit que les lames tout à fait superficielles de la cornée.

L'infiltration leucocytaire est mentionnée par presque tous les auteurs qui se sont occupés de l'épithélioma épibulbaire ; mais ils en ont donné des interprétations différentes. Les uns admettent que la présence des leucocytes entre les lames cornéennes indique la réaction de l'œil contre l'invasion épithéliale ; les autres croient, au contraire, que c'est un produit de l'irritation des masses épithéliales.

Dans notre cas, l'infiltration leucocytaire était très abondante et occupait les interstices conjonctivo-vasculaires, aussi bien à la surface qu'à la base de la tumeur. Dans la cornée, ces cellules formaient une couche qui séparait les masses épithéliales des

(1) COSMETTATOS, *Annales d'oculistique*, janvier 1905.

(2) ALT, *Kompendium der normalem und pathologischen Histologie des Auges*, Wiesbaden, 1880.

lames de la cornée. Nous considérons cette prolifération leuco-cyttaire comme étant en rapport avec le grand développement de la tumeur et révélant un état irritatif de cette dernière.

•••

Si nous résumons les principaux faits de notre cas, nous voyons qu'il s'agit d'un épithélioma épibulbaire volumineux à forme papillaire s'étant développé sans cause aucune sur le limbe scléro-cornéen externe. La tumeur a envahi une grande partie de la conjonctive autour du limbe ainsi que l'épithélium antérieur, la membrane de Bowman et les lames superficielles de la cornée. Le degré de l'envahissement de la cornée n'était pas proportionnel au grand développement de la tumeur.

L'épithélioma avait tendance à envahir le globe par la cornée et non par le limbe scléro-cornéen.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I. — *Zeitschrift für Augenheilkunde*

Tome X (suite).

Analysé par M. Henri Coppez, Bruxelles.

AD. HALA. — *Un symptôme rare de la syphilis oculaire chez le nouveau-né.*

Il s'agit d'une iritis plastique aiguë avec kératite parenchymateuse des deux yeux. L'iritis, chez le nouveau-né, fort rare d'ailleurs, est presque toujours d'origine syphilitique.

SIDLER HUGUENIN. — *Mode de préparation des bâtonnets et des rondelles d'iodoforme pour la désinfection intra-oculaire.*

Les bâtonnets préparés par l'auteur, à base de gélatine, se résorbent dans la chambre antérieure aussi vite que la poudre pure d'iodoforme. L'œil les tolère fort bien. C'est donc un excellent moyen de désinfection pour l'intérieur du globe, chambre antérieure ou humeur vitrée.

Le bâtonnet mesurant 1 millimètre de diamètre, il suffit d'une ouverture de 1 mm. 5, tandis que, pour les tablettes de Wüstefeld, il faut une ouverture de 4 mm. 5 à 5 millimètres.

L'auteur donne des détails minutieux sur le mode de préparation des bâtonnets.

H. KOERBER. — *Sur un papillome de la conjonctive bulbaire et un lymphome du pli semi-lunaire.*

H. KOERBER. — *Sur les rapports entre le colobome de l'iris et la corectopie.*

L'auteur rapporte un cas où, du côté droit, il y avait colobome typique de l'iris et colobome de la choroïde. A gauche se trouvait également un colobome choroidien, mais la pupille était simplement déplacée en bas et en dehors.

La corectopie et le colobome de l'iris ne seraient donc que des degrés différents d'une même anomalie, représentant un arrêt de développement dû à des brides de tissu conjonctif.

V. MICHEL. — *Un cas d'anomalie du sympathique cervical, unilateral, familial et congénital.*

Chez un enfant de 9 ans, on avait pu constater déjà, peu de temps après la naissance, un élargissement de la fente palpébrale du côté droit par rétraction de la paupière supérieure. Léger degré d'exophthalmie. Rougeur et chaleur de la moitié droite du visage. Pas de troubles de la sueur. Dans le regard vers le bas, la paupière supérieure ne suit pas. Pendant le sommeil, les paupières sont closes.

Il y a donc *excitation* des fibres lisses du releveur et *paralysie* des fibres nerveuses vaso-motrices (exophthalmie, rougeur du visage).

Les mouvements oculaires vers le haut sont en déficit et il se produit ainsi un strabisme inférieur.

BAAS. — *Un cas de tumeur symétrique des glandes lacrymales, des paupières et des glandes de la muqueuse buccale.*

Homme de 77 ans. Ces tumeurs étaient bénignes. On en extirpa quelques-unes et les autres disparurent à la suite d'une cure arsénicale. L'examen histologique fait défaut.

ALEXANDER. — *Un nouveau cas d'anse artérielle faisant saillie dans le corps vitré.*

L'auteur croit que cette anse ne représente qu'une sinuosité exagérée d'un vaisseau rétinien.

ARTH. GRAEFLIN. — *Recherches expérimentales sur les lésions produites par les couleurs d'aniline en poudre sur la muqueuse oculaire du lapin.*

A la clinique de Bâle, on a eu à soigner 77 cas de lésions conjonctivales ou cornéennes produites par des poudres d'aniline. Il y eut 36 fois de la kératite et 41 fois de la conjonctivite.

On eut à incriminer :

Le bleu victoria dans 49 cas ;
 La safranine dans 16 cas ;
 Le cristal-violet dans 9 cas ;
 L'auramine dans 2 cas ;
 La rhodamine dans 1 cas ;
 Le vert malachite dans 1 cas.

L'auteur eut l'idée d'expérimenter sur le lapin ; il employa 15 poudres différentes. Les substances les plus irritantes sont le cristal violet, le bleu victoria et le vert malachite ; l'œil blessé devint chaque fois panophtalmique. Puis viennent dans l'ordre la safranine, l'auramine, la rhodamine, le bleu de méthylène.

Le congo, la tartrazine, le bleu direct, le noir direct, l'éosine, le bleu aqueux sont inoffensifs. Ce groupe est composé de sels neutres, de substances colorantes acides, tandis que le premier groupe renferme tous sels minéraux solubles dans l'eau. Ces sels se dissocient probablement dans le liquide conjonctival ; les acides facilement solubles dans l'eau sont éliminés par le flux lacrymal, tandis que les bases insolubles demeurent dans le sac conjonctival et exercent leur action irritante sur la conjonctive et la cornée.

H. PAGENSTECHER. — *Sur l'opération de la cataracte et en particulier de la cataracte secondaire.*

Dans l'opération de la cataracte, l'auteur insiste sur les points suivants : désinfection complète du cul-de-sac conjonctival supérieur, injection dans les voies lacrymales, taille d'un lambeau conjonctival, pansement à l'ichtyol. L'opération de la cataracte secondaire consiste essentiellement en une discision des parties *les plus minces* de la capsule. L'opérateur respecte les travées épaisses, par crainte de tirailler le corps ciliaire. L'aiguille à discision sera introduite sous la conjonctive à 3/4 de millimètre en dehors du limbe cornéen. Si le trou est trop petit, on pratique une seconde déchirure en T ou en Y sur la première.

H. KUHNT. — *Sur la technique de l'excision de l'iris.*

L'auteur fait les remarques suivantes, basées sur 3.500 opérations personnelles.

1^o Iridectomie optique.

a) *Sphincterotomie ou sphincterectomie.* — Dans l'incision simple du sphincter, on obtient un petit colobome de 2 millimètres de base. On ne peut conseiller le procédé de Wecker qui introduit la pince-ciseaux dans la chambre antérieure pour couper le sphincter en place ; il est préférable d'amener le sphincter au dehors, en le harponnant au moyen d'un crochet spécial, disposé de manière à ne pouvoir blesser le cristallin. Cette opération se fait dans les cas où le champ pupillaire est recouvert d'une tâche opaque ;

b) *Iridectomie avec sphincterotomie.* — On instille de la pilocarpine ; incision de 4 millimètres de largeur au couteau lancéolaire ; on saisit l'iris en son milieu au moyen d'une pince ; on excise avec les ciseaux en position radiaire. L'iris se remet en place. On coupe ensuite le sphincter avec une pince-ciseaux dont les extrémités sont soigneusement arrondies.

Le colobome obtenu est de largeur égale sur toute son étendue ; il mesure de 1 mm. 75 à 2 millimètres de largeur.

Cette opération est indiquée dans les cas où l'opacité empiète sur l'iris.

c) *Iridectomie simple*, c'est-à-dire avec conservation du sphincter. C'est le premier temps de l'opération précédente. L'incision sera sclérale.

C'est l'opération de choix dans les cas où, la pupille ayant sa mobilité normale, l'opacité cornéenne atteint le sphincter.

d) *Irido-dialyse avec iridectomie.* — Cette opération est indiquée dans les cas où il ne persiste qu'une mince zone transparente à la périphérie de la cornée.

Avec un couteau mince, long de 12 à 16 millimètres, coudé à 50° sur le manche, on fait une incision de 5 millimètres, à 1 millimètre du bord du leucose. Alors, avec la pince à iris, on détache l'insertion ciliaire de l'iris et on excise une partie de cette membrane.

On ne doit faire ces opérations que lorsqu'on est bien convaincu de la permanence des tâches.

2^o Iridectomie thérapeutique. — Le type est représenté par l'iridectomie antiglaucomeuse.

L'auteur emploie le couteau lancéolaire. L'incision, périphérique, mesure 7 à 8 millimètres. Pour obvier aux dangers que présente une plaie trop étendue, sur des yeux fort tendus ou chez des sujets indociles, Kuhnt a construit un couteau lancéolaire avec rainure médiane ; ce couteau est formé en somme de deux couteaux de Beer, adossés, mais séparés de 1/2 à 3/4 de millimètre. De cette manière, quand on fait l'incision, il persiste une languette médiane que l'on ne tranche que tout à la fin.

On saisit successivement l'iris avec la pince au niveau du sphincter, à chacune des extrémités de la plaie ; on l'attire complètement en dehors. On sectionne avec la pince-ciseaux placée radiairement.

Si l'iris excisé ne se détache pas complètement, on ajoute une troisième section tangentielle.

Si le sphincter adhère à la cristalloïde, on le détache avec le crocheton mousse. Si la couche pigmentaire se sépare de l'iris pendant l'opération, avec un stylet spécial ou abraseur on détache les particules, que l'humeur aqueuse entraîne aussitôt au dehors.

Inclusion de tout le bord pupillaire dans un leucose central. — Il est fort difficile, dans ces cas, de détacher un morceau suffisant du sphincter. On obtient un meilleur résultat en employant la dialyso-iridectomie. On fait une plaie centrale assez grande et on sectionne en même temps l'iris au niveau de ses adhérences.

3^e Iridectomie optique et thérapeutique.

Cette opération, qui se fait après des processus inflammatoires, ne doit avoir lieu que lorsque la pince à fixation mise en place n'amène plus d'injection péricrystallinique.

Cas où il n'y a pas de chambre antérieure. — Ces cas se rencontrent, quand il y a hypotonie ou hypertonie. On emploie alors un mince couteau de Graefe. S'il y a hypotonie, fistule cornéenne, etc., on saisit la sclérotique dans une bonne pince à dents près de l'endroit de ponction ; à quelques millimètres de l'endroit fixé pour la contre-ponction, un assistant saisit largement le limbe dans une pince.

Dans les cas d'hypertonie, l'auteur s'est trouvé bien de l'incision classique au couteau de Graefe, et il préfère cette technique aux méthodes plus ou moins compliquées, proposées par différents auteurs.

PFALZ. — *Le décollement de la réline envisagé comme accident du travail.*

L'auteur considère le décollement rétinien qui survient chez les myopes au cours du travail comme n'étant pas un accident. Il s'appuie sur la définition de l'accident donnée par la loi allemande.

KURZEZUNGE et POLLACK. — *Un cas de tumeur primitive sur la papille du nerf optique.*

Cas d'un jeune homme de 21 ans, présentant sur la papille une tumeur parsemée de capillaires nombreux, de couleur jaune rougeâtre. Cette tumeur, qui mesure deux fois le diamètre de la papille, ressemble à un choux-fleur et fait une saillie de 1 millimètre environ dans le corps vitré. Elle paraît exister depuis longtemps ; elle ne s'est pas modifiée au cours de six mois d'observation. On peut exclure l'hypothèse d'une tumeur rétrobulbaire ayant pénétré dans l'œil par la papille. Il s'agit d'un néoplasme primitif de la papille, provenant peut-être de la lame criblée, neurofibrome ou myxosarcome.

MERCHEN. — *Sur les symptômes oculaires des affections des couches optiques.*

Monakow, Bruns et Bernhardt enseignent dans leurs traités que des troubles, même très étendus, des couches optiques peuvent exister sans déterminer de symptômes particuliers, en dehors peut-être de la céphalalgie.

D'autres auteurs citent des cas qui leur sont personnels, sans autres symptômes également que la céphalalgie ou quelquefois des vomissements.

I. TROUBLES DE LA MOTILITÉ. — 1^o On signale surtout des *paralysies des extrémités*, le plus souvent *croisées*. Gowers pense que les phénomènes moteurs manquent quand le foyer pathologique est petit ou bien quand il est localisé à la surface du thalamus.

Souvent, le facial est entrepris du même côté que l'hémiplégie.

Dans les 56 cas réunis par l'auteur, 26 cas, c'est-à-dire 58 p. 100, présentaient des paralysies, le plus souvent des hémiparésies et des hémiplégies croisées, déterminées probablement par une altération de la capsule interne.

2^o *Troubles de coordination.* — Les mouvements athétosiques et choreïques sont très fréquents : l'auteur les a rencontrés dans 16 cas.

Monakow considère que la chorée post-hémiplégique constitue un symptôme caractéristique de la lésion des couches optiques.

3^o *Troubles de l'innervation mimique.* — Bruns, Monakow, Oppenheim, Gowers admettent une paralysie mimique faciale comme typique des affections du thalamus. L'innervation des muscles volontaires de la face est intacte, mais les mouvements psycho-réflexes (rire, pleurs) sont défaut. Le symptôme s'observait dans 11 cas.

Le centre de la mimique se trouverait dans la partie postérieure médiane. L'auteur croit que dans les couches optiques passent les voies d'inhibition réflexe de la mimique. Il est à remarquer que dans les affections de la capsule interne on rencontre aussi de ces phénomènes.

II. TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ. — Dans les affections des couches optiques, on rencontre quelquefois une hémianesthésie, rarement une hyperalgesie du côté opposé, déterminée probablement par une altération de la capsule interne ; mais il arrive aussi que, même dans des cas de lésions très étendues des couches optiques, on n'ait aucune altération de la sensibilité.

Dix cas présentaient une diminution ou une augmentation de la sensibilité. Les troubles moteurs sont donc plus fréquents que ceux de la sensibilité.

III. TROUBLES VASOMOTEURS ET RÉFLEXES. — Ce sont des symptômes incertains et peu fréquents. On a observé des élévations de la température plus fréquemment que dans les affections des autres parties du système nerveux, ce qui a fait supposer qu'il y avait un centre vasomoteur dans les couches optiques.

Les altérations des réflexes sont peu fréquentes.

IV. TROUBLES GÉNÉRAUX. — La céphalalgie et les vomissements sont fréquents. Les vertiges sont plus rares. La céphalalgie se localise surtout à la région occipitale, du côté où siège la tumeur.

V. SYMPTÔMES OCULAIRES. — 1^e On observe la *papille de stase* dans 48 p. 100 des cas. Elle se déclare assez tardivement.

2^e *Troubles de la vue.* — D'après Monakow, il y aurait de l'hémianopsie, chaque fois que le pulvinar et le corps genouillé externe seraient atteints d'un côté.

Dans quelques cas, il y avait de l'hémianopsie accompagnant la destruction complète d'une couche optique. Sur 11 cas, il y avait 7 fois de l'hémianopsie homonyme ; 1 fois de l'hémianopsie nasale ; 2 fois de la diminution de la vision ; 1 fois de l'amaurose.

Comme les troubles de la vue ne se produisent que dans 20 p. 100 des cas, il est évident que l'intégrité du pulvinar n'est pas une condition indispensable à la vision normale.

3^e *Troubles pupillaires.* — Huit fois, l'auteur a observé de la dilatation pupillaire du côté opposé, quelquefois une réaction pupillaire lente, ou la réaction hémioptique de Wernicke.

Dans d'autres cas, les troubles pupillaires semblaient déterminés par une action à distance sur les tubercules quadrijumeaux et le corps genouillé externe.

4^e *Troubles musculaires.* — Le plus souvent, ils sont produits par des lésions concomitantes des parties voisines, les tubercules quadrijumeaux et le pédoncule cérébral. Cependant dans 8 cas d'affection pure des couches optiques, il y avait des troubles des muscles externes et, dans 2 cas, de la déviation conjuguée vers le côté lésé.

Les troubles musculaires sont rares et non caractéristiques. Quand ils se produisent, il s'agit d'une action éloignée sur la région des noyaux, surtout pour des foyers situés dans le tiers postérieur du thalamus.

VI. TROUBLES DIVERS. — On observe quelquefois des troubles de l'ouïe, de l'olfaction, surtout du côté opposé, plus rarement des troubles de la parole, quand la lésion siège à gauche, probablement par la compression des fibres motrices de la capsule interne.

Recherches et observations expérimentales. — Dans les expériences, on obtient quelquefois des mouvements de manège et de l'élévation de température du même côté. Bechterew a découvert dans le thalamus un centre de la sécrétion lacrymale, dont l'excitation détermine de la sécrétion. La section du pédoncule derrière les couches optiques arrête la sécrétion réflexe.

Les expériences amènent des résultats en contradiction manifeste avec les observations cliniques. Les phénomènes observés le plus fréquemment sont les troubles vaso-moteurs.

Conclusions. — Elles sont plutôt négatives :

1^e Les observations cliniques n'ont pas donné assez de résultats pour éclaircir la fonction des couches optiques ;

2^e Il semble qu'il n'existe pas de symptôme typique dans les affections des couches optiques en dehors peut-être de la paralysie faciale mimique. On ne peut cependant en conclure à l'existence d'un centre de la mimique dans les couches optiques, tout au plus peut-on dire que dans les affections du thalamus il y a une action exercée sur les voies qui participent aux mouvements d'expression, sans pouvoir préciser si ces voies passent par le thalamus ou par les parties voisines.

3^e Le diagnostic d'une affection des couches optiques, surtout dans les cas accompagnés de paralysie mimique faciale, se facilite par les symptômes provenant des parties voisines. Ceux-ci sont déterminés par une action à distance; les couches optiques sont entourées de fibres et de centres qui régissent des parties très importantes du corps.

Les hémiparésies, avec les phénomènes choréiques et athétosiques, sont fréquentes dans les lésions du thalamus. Les troubles sensitifs les accompagnent souvent.

4^e Pour l'appareil de la vision, les couches optiques n'ont pas de signification bien spéciale.

V. HANKE. — *Un bacille nouveau, agent pathogène de l'abcès annulaire de la cornée.*

Ce travail complète celui que Fuchs a publié sur le même sujet. Dans un cas, l'auteur a pu isoler un bacille, assez voisin du *B. proteus fluorescens*, lequel, inoculé aux animaux, reproduit la même lésion cornéenne.

La lésion consiste essentiellement en un anneau d'infiltration de la cornée, avec prolongements entre les lamelles antérieures et postérieures et nécrose des mêmes lamelles.

Fr. MOERCHEN. — *Les symptômes des affections des pédoncules cérébraux, avec considérations spéciales sur les symptômes oculaires.*

Il existe un symptôme tout à fait caractéristique : c'est l'hémiplégie alternante supérieure ou syndrome de Weber : hémiplégie du côté opposé à la lésion avec paralysie de l'oculo-moteur du côté malade. Ce symptôme s'est rencontré 41 fois sur 53 cas ; 10 fois le facial et 3 fois l'hypoglosse étaient également affectés. Les paralysies sont d'étendue variable, mais il suffit de constater du ptosis d'un côté et de la parésie d'un membre du côté opposé pour poser le diagnostic.

On observe parfois de l'hémianesthésie alternante, quand la calotte du pédoncule est entreprise.

Parfois, au lieu de parésies, on note du tremblement ou de la chorée (syndrome de Benedict).

Les troubles du langage sont également pathognomoniques d'une

lésion du pédoncule cérébral gauche, quand ils accompagnent une hémiplégie alternante supérieure.

Les branches de l'oculo-moteur qui s'entreprennent sont, par ordre de fréquence : le releveur, le droit interne, le droit supérieur, l'oblique inférieur. Dans la plupart des cas, il y a également de l'ophthalmoplegie interne.

Il y a des cas où il y a de l'immobilité pupillaire réflexe. Il est rare que la troisième paire soit paralysée en totalité, mais parfois, quand la lésion siège au niveau des noyaux, il y a entreprise de certaines branches du côté opposé.

La papille de stase est très rare ; on ne l'a rencontrée que dans 6 p. 100 des cas environ.

Les troubles visuels dépendent soit de la papille de stase, soit de la compression secondaire de la bandelette optique (hémiopie).

Tous les autres symptômes mentionnés dans les observations publiées ne sont que des phénomènes de voisinage.

P. COHN. — *Ankyloblépharon total, suite de pemphigus. Opération Guérison.*

G. WACHTLER. — *Sur les anses artérielles faisant saillie dans le corps vitré.*

L'auteur croit que ces anses proviennent de vaisseaux persistants du corps vitré.

LAQUEUR. — *Contribution à l'étude des affections oculaires héréditaires.*

L'auteur qualifie d'héréditaires les anomalies qui dépendent de propriétés particulières du chromosome. Dans ce sens, on ne peut parler, par exemple, de syphilis héréditaire. On doit exclure également toutes les affections qui, par leur fréquence, ne font pas ressortir à toute évidence le facteur héréditaire, telle la myopie ordinaire.

Il est fort difficile d'obtenir des renseignements précis sur les générations antérieures, et, quant aux membres vivants de la famille, l'on doit les examiner soi-même ou bien écrire au médecin traitant.

Les affections où l'hérédité joue un rôle incontestable sont :

1^o Le buphtalmos congénital : 5 fois sur 13 cas;

2^o La cataracte congénitale ; dans l'ectopie du cristallin, le rôle de l'hérédité paraît insignifiant ;

3^o La rétinite pigmentaire, l'albinisme et le nystagmus congénital ;

4^o La myopie extrême c'est-à-dire, celle qui dépasse 9 dioptries dans l'enfance : dans 13 p. 100 des cas.

D'après Laqueur, c'est le feuillet moyen qui renferme les éléments

cellulaires sur lesquels l'hérédité marque surtout son empreinte ; la choroïde est souvent entreprise ; la cornée et la sclérotique, jamais, pour ainsi dire.

K. BAAS. — *Épithélioma primitif de la cornée.*

HADANO. — *Sur la kératite disciforme.*

L'auteur rapporte un cas qui vient à l'appui de la théorie de Peters. L'herpès ou l'ulcération traumatique de la cornée peuvent se compliquer de lésions graves, lesquelles consistent en une imprégnation œdémateuse du tissu cornéen due à des lésions nerveuses. Il s'agit d'une véritable nécrobiose de la cornée.

A.-H. KRUGER. — *Sur les symptômes oculaires des affections des lobes temporaux.*

Les symptômes de localisation sont :

1^o Les troubles du langage, dans 27 p. 100 des cas, sous toutes les formes. Ils dépendent souvent, non d'une lésion corticale, mais d'une lésion des voies d'association ;

2^o Les troubles de l'audition, qui s'expliquent par la terminaison, dans les lobes temporaux, du nerf acoustique ; la surdité double s'observe quand un sarcome volumineux comprime les deux lobes temporaux. On note aussi des bourdonnements d'oreille ;

3^o Les troubles de l'olfaction sont rares.

Les symptômes oculaires ne sont jamais des symptômes de localisation. L'hémianopsie existe dans 20,5 p. 100 des cas. Elle dépend d'une lésion des fibres optiques qui traversent la partie profonde du lobe temporal. On n'a observé que deux fois de la déviation conjuguée.

La papille de slase, l'atrophie optique, la névro-rétinite se rencontrent dans 14,1 p. 100. Elles n'offrent rien de caractéristique. Les troubles pupillaires dépendent des lésions du nerf optique. On n'a vu que trois fois du nystagmus. Les paralysies des nerfs moteurs proviennent de compression secondaire sur la base.

L. BACH. — *Importance de la bactériologie en chirurgie oculaire.*

L'auteur passe en revue les différentes causes d'infection, au cours des opérations sur les yeux, l'air, les mains de l'opérateur, le sac conjonctival et le bord libre, les instruments, les pansements. Il attache une grande importance au sac conjonctival que l'on ne peut jamais stériliser complètement, pas plus que le bord libre. Il recommande le savonnage de la peau environnante et la désinfection mécanique du bord avec des tampons d'ouate, sous une irrigation d'eau stérilisée.

Quand le malade arrive la veille de l'opération à la clinique, il est bon de lui mettre un bandeau d'épreuve, mais il faut ôter le pansement le matin et non immédiatement avant l'opération. La suppression de tout pansement après l'opération est recommandable théoriquement, mais beaucoup de facteurs accessoires viennent en restreindre l'emploi. Sous le bandeau, d'ailleurs, les larmes continuent à circuler dans le sac conjonctival, contrairement à ce que l'on paraît généralement croire.

Elschnig. — *Remarques sur la réfraction des nouveau-nés.*

L'auteur a fréquemment trouvé chez les nouveau-nés, de 2 heures à 2 jours après l'accouchement, une myopie de 4 à 7 dioptries, disparaissant par l'atropine, en laissant place à une hypermétropie faible. Quelques nouveau-nés sont, cependant, dès leur naissance, hypermétropes ou emmétropes, mais alors ils ont les pupilles dilatées et les globes presque immobiles.

Il est possible que ce spasme de l'accommodation soit dû à une réaction anormale de l'œil vis-à-vis des premières excitations lumineuses.

II. — Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde

Juillet 1905.

Analysé par le docteur **F. Terrien**.

Sattler. — *Sur un nouveau procédé de traitement de l'exophthalmie pulsatile*, p. 1.

L'auteur réussit, chez une jeune fille de 17 ans, par la mise à nu, la ligature et l'excision du sac anévrismal, à guérir radicalement et sans danger l'exophthalmie pulsatile. Celle-ci s'était développée assez rapidement à la suite d'un violent traumatisme reçu dix ans auparavant au niveau du rebord orbitaire supérieur gauche. La protrusion de l'œil gauche, mesurée à l'exophthalmomètre, donnait une différence de niveau de 6 mm. 5 entre les deux cornées. Symptômes classiques de l'exophthalmie pulsatile, les pulsations exceptées. Paralysie du droit externe, etc.

La dilatation anévrismale siégeant au niveau de la veine frontale et angulaire, il était inutile, pour se donner du jour, de recourir à l'opération de Krönlein. Après avoir passé un fil sous la carotide primitive du même côté, afin de parer à toute éventualité, on fit au niveau de la poche anévrismale une incision parallèle au bord inférieur.

rieur du sourcil. La poche fut facilement réséquée et la guérison survint rapidement. Deux mois plus tard, on pratiqua l'avancement du droit interne gauche, pour remédier à la paralysie du droit externe.

La planche annexée à l'observation est intéressante. Elle montre bien l'aspect de la poche excisée et la structure de sa paroi, épaisse de 0 mm. 2 à sa partie moyenne ; il existe un épaississement considérable de la couche moyenne qui atteint jusqu'à 0 mm. 05 et 0 mm. 9, et une hyperplasie considérable des fibres musculaires et des fibres élastiques. Ces dernières, bien visibles par la méthode de Weigert, occupent surtout les couches internes.

PANOS D. CHRONIS. — *Une opération radicale pour la guérison du trichiasis et de l'entropion des deux paupières.*

Tout procédé de guérison radicale du trichiasis doit satisfaire aux quatre conditions suivantes : faire disparaître l'affection, mettre à l'abri des récidives, n'entraîner aucune disformité, ne pas déterminer d'irritation ultérieure de la cornée. Celui de l'auteur répondrait à ces desiderata. Il comprend sept temps :

1^e Canthotomie de l'angle externe. Elle a pour but de remédier au blepharophimosis qui existe presque toujours et de rendre plus facile le redressement de la paupière ;

2^e Incision parallèle au bord ciliaire et occupant toute la largeur de celui-ci ;

3^e Excision d'une partie des fibres du muscle palpébral mis à nu.

4^e Amincissement du tarse par excision des couches superficielles de celui-ci ;

5^e Application des sutures, deux à trois pour la canthoplastie et cinq à six pour la paupière, qui sont placées comme dans le procédé de Panas ;

6^e et 7^e Après avoir noué les fils, on termine par une incision intermarginale peu profonde. La guérison survient rapidement, et, deux semaines plus tard, le sujet peut reprendre ses occupations.

R. BARTELS. — *Tissu conjonctif de formation nouvelle à la face postérieure de la cornée.*

Etude anatomique de quatre cas d'irido-cyclite. Dans le premier celle-ci était consécutive à une extraction de cataracte sans iridectomie compliquée de prolapsus de l'iris. Dans les trois autres, il s'agissait de staphylomes et d'ulcération cornéennes. Le premier cas surtout est décrit en détail. L'examen anatomique fut pratiqué trois ans après l'accident. La planche annexée par l'auteur est peu démonstrative. L'épithélium cornéen est un peu irrégulier ; entre celui-ci et la membrane de Bowman se trouve un tissu fortement vascularisé et riche en noyaux. La membrane de Descemet est bien conservée. En ar-

rière de celle-ci se trouve une couche de tissu, qui augmente d'épaisseur en se rapprochant du limbe et paraît de nature conjonctive. Il s'agit vraisemblablement de l'organisation d'un exsudat.

W. GILBERT. — *Pronostic et traitement de la tuberculose conjonctivale.*

On peut, avec Sattler, répartir en quatre groupes les formes principales sous lesquelles peut se présenter la tuberculose de la conjonctive :

1^e Ulcération tuberculeuse;

2^e Petits tubercules siégeant de préférence au niveau du cul-de-sac, avec tendance à envahir la conjonctive bulbaire;

3^e Type végétant;

4^e Lupus de la conjonctive avec tendance à envahir les bords palpébraux et la peau voisine, et tendance à la rétraction cicatricielle.

Sur 21 malades atteints, 19 traités régulièrement pendant plusieurs mois ont donné les résultats suivants :

1^{er} groupe : 3 guérisons complètes ;

2^e groupe : 2 améliorations notables et 2 insuccès avec perte de la vision ;

3^e groupe : 1 cas de guérison et 2 fois 1 amélioration durable ;

4^e groupe : 1 seule guérison, 4 fois 1 amélioration notable (bien que les malades n'aient pu être suivis ultérieurement) et 4 insuccès ;

On le voit, c'est dans la forme lupique, qui comprenait le plus grand nombre de malades, que les résultats ont été les moins bons.

SCHERENBERG. — *Double décollement de la rétine au cours d'une rétinite albuminurique gravidique.*

Le décollement, qui n'avait ici aucun rapport avec le moindre degré de myopie, eut lieu, au cours du septième mois, chez une multipare âgée de 34 ans, qui en était à sa sixième grossesse.

L'accouchement, provoqué une dizaine de jours après l'apparition du décollement, donna un enfant mort, et la mère succomba 3 jours plus tard à des accès d'éclampsie.

L'examen anatomique montra surtout des altérations vasculaires, qui paraissent avoir été la cause du décollement.

L'angle irido-cornéen n'était pas oblitéré, et la cause de l'hypertonie devait être rapportée à l'exsudation considérable constatée ici.

OPPENHEIMER. — *Nouveaux progrès dans la fabrication des verres bifocaux.*

A. PIHL. — *Névrite rétro-bulbaire unilatérale au cours d'une empyème récidivant du sinus maxillaire.*

Ce qui fait l'intérêt de l'observation, qui a trait à un sujet de 42 ans, est que le premier symptôme qui apparut fut la diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche. La cause ne put être déterminée. Un mois plus tard, la vision diminuant progressivement et le sujet s'étant plaint d'enchirènement, il fut envoyé à un rhinologue qui, la ponction du sinus ayant donné un résultat décisif, diagnostiqua une empyème de la bulle ethmoidale et du sinus maxillaire. On fit l'opération complète et l'acuité visuelle remonta très rapidement. Mais, le sujet ayant fait de nouveau de la rétention du pus dans sa cavité, l'acuité visuelle diminua de nouveau pour atteindre un dixième des deux côtés.

WOLFRUM. — *Méthode d'inclusion dans la celloïdine desséchée.*

Cette méthode, déjà indiquée par Lee et Mayer, permet d'obtenir des coupes aussi minces qu'avec la paraffine et n'a pas les inconvénients de cette dernière.

La pièce, fixée de préférence par le Zenker, est amenée dans la solution de celloïdine progressivement concentrée suivant la technique habituelle. Puis, elle est placée, avec le petit cristallisoir qui la contient, dans un grand cristallisoir contenant 30 à 50 grammes de chloroforme. La couche de celloïdine ne doit dépasser le niveau de la pièce que de quelques millimètres. Lorsque celle-ci ne dépasse pas 2 centimètres, 12 heures suffisent pour le durcissement, qui se fait sans rétraction. Le petit cube de celloïdine est alors taillé et immergé dans un mélange à parties égales de chloroforme et d'huile de cèdre ordinaire. Celui-ci est laissé à découvert, afin de permettre l'évaporation du chloroforme, qui est obtenue après 1 à 2 jours. Le bloc est fixé sur un morceau de bois suivant la technique habituelle, et les coupes sont recueillies dans l'alcool à 85 p. 100. Il est bon de renouveler l'alcool, afin d'enlever l'excès d'huile.

III. — Archivio di Ottalmologia.

(12^e année, 3 à 12 fascicules.)

Analysé par le docteur **T. Bobone** (Palerme).

(Suite) (1).

A. DEL MONTE (Naples). — *L'eumidrine, nouveau mydriatique.*

L'eumidrine est un nitrate de méthylatropine. L'auteur l'expérimenta sur les iris sains et malades en étudiant la façon dont il agit.

(1) Voyez ces Archives, même année, p. 413.

A doses égales, l'eumidrine a une action moins rapide, moins énergique et plus courte que l'atropine : en revanche elle est moins toxique que cette dernière et paraît ne pas avoir d'influence sur la tension intra-oculaire. C'est un remède à substituer à l'atropine chez les enfants, les vieillards et lorsque l'atropine n'est pas tolérée.

La solution d'eumidrine à 1/2 p. 100 agit plus rapidement que l'homatropine ; cependant sa durée d'action est plus longue, de environ 10 heures. Elle peut être notablement abrégée par l'instillation successive d'une solution de pilocarpine. Ceci rend l'eumidrine préférable lorsqu'il s'agit de dilater la pupille temporairement pour l'examen ophthalmoscopique.

C. GALLENGA (Parme). — *Contribution à l'étude de l'ectropion de l'uvée et de la marge pupillaire.*

L'auteur distingue : 1^o l'ectropion de l'uvée congénital ; 2^o l'ectropion de l'uvée physiologique ou fonctionnel dans le myosis ; 3^o l'ectropion de l'uvée pathologique, ou acquis, de la marge pupillaire. Il examine les caractères cliniques et anatomiques de ces variétés d'ectropions et insiste surtout sur ceux de l'ectropion de l'uvée pathologique acquis. Il admet aussi l'existence d'une forme d'éversion de l'uvée et de la marge pupillaire qui serait tout à fait indépendante de toute inflammation, mais plutôt en rapport avec des phénomènes d'involution du tissu irien provoqués par l'âge avancé. Il croit, par conséquent, à l'existence d'une forme *sénile* d'ectropion acquis, forme assez rare au-dessous de la cinquantième année, difficile à déceler, surtout chez les personnes à iris foncé et lorsque le réflexe pupillaire est normal ; très visible, au contraire, chez les personnes à iris clair, dont le champ pupillaire est devenu opaque par suite d'une cataracte complète.

Les faits qui font distinguer cette forme de l'éversion myotique sont les suivants : tandis que l'éversion myotique intéresse *toute* la marge pupillaire et disparaît avec la dilatation de la pupille, l'éversion *sénile* n'intéresse qu'une partie, plus ou moins grande, de la marge pupillaire et se maintient presque invariable lorsque la pupille se dilate. Il y a, en outre, des différences histologiques qui révèlent le substratum anatomique spécial de cette altération sénile. Voici les lésions principales : dans la partie marginale de l'iris, les faisceaux de fibrocellules sont comprimés et dissociés par interposition d'éléments connectifs ; le tissu connectif qui sépare la surface postérieure du sphincter de la limitante postérieure est hypertrophié ; la portion marginale du sphincter est incurvée en avant ; la sclérose du tissu connectif est uniforme là où l'ectropion de l'uvée manque, tandis qu'elle est plus abondante là où il existe ; l'éperon de Michel n'a pas d'épaisseur uniforme et est peu prononcé ; la couche pigmentaire correspondante à presque toute la zone du sphincter est constituée

par deux ordres de cellules, dont les antérieures sont plus déprimées et les postérieures plus volumineuses. Cette couche est plus épaisse sur la marge libre, mais, une fois repliée sur la surface antérieure de l'iris, elle s'amincit de nouveau graduellement pour finir en une seule couche de cellules.

Les données qui font faire le diagnostic d'ectropion sénile sont : l'absence de toute manifestation inflammatoire du tractus uvéal, de synéchies postérieures, de dépôts de pigment sur la capsule ; la conformation régulière de la périphérie de la chambre antérieure et du limbe ; l'aspect normal de la surface antérieure de l'iris, et son fonctionnement régulier, enfin un degré léger d'éversion de la couche pigmentée.

Pour le diagnostic différentiel entre l'ectropion sénile et l'ectropion fonctionnel, il faut tenir compte de ceci : dans l'ectropion sénile l'éversion est souvent limitée à une partie seule de la marge pupillaire et, lorsqu'elle occupe toute la marge, la dilatation de la pupille ne la modifie nullement. En outre, dans l'ectropion sénile on note des modifications importantes de la zone pupillaire, dont une partie (homogénéité du stroma connectival de la zone marginale de l'iris, sclérose avec oblitération des vaisseaux, hyperplasie des éléments interposés parmi les couches de fibro-cellules du sphincter, épaississement du tissu connectif qui limite le sphincter en arrière) a déjà été décrite par Fuchs ; à tout ceci il faut ajouter l'épaississement des éléments connectifs dans la partie centrale du sphincter, de sorte que cette partie centrale est, parfois, comme séparée de la périphérique par une couche assez marquée de tissu connectif sclérosé et se présente comme déplacée et repliée en avant. De plus, dans ces ectropions séniels on trouve des modifications spéciales qui concernent la façon dont se comporte l'épithélium pigmenté postérieur au niveau de la marge pupillaire : la couche pigmentée se déplace vers l'avant, s'épaissit au niveau de la marge libre ou est constituée par trois ou quatre couches de cellules superposées qui, ainsi qu'il a été dit, se réduisent au fur et à mesure que l'épithélium pigmenté descend sur la surface antérieure, jusqu'à finir dans une couche simple.

Ensuite l'auteur s'occupe longuement de l'ectropion inflammatoire en passant en revue la littérature sur ce point, et il relate l'histoire de 7 observations qui lui sont personnelles. Il en résulte que, pour produire la disposition d'origine inflammatoire connue généralement sous le nom d'ectropion de la marge pupillaire, intervient non seulement le renversement en avant des parties constituant la portion marginale de l'iris, mais encore directement la prolifération active cellulaire des éléments de la *pars iridica retinae*.

A. BIETTI (Padoue). — *Sur la valeur pathogène du bacille du chalazion de Deyl.*

Les recherches de l'auteur l'ont amené à conclure :

1^o Qu'il n'est pas démontré que le bacille de Deyl, c'est-à-dire le bacille dit du xérosis, soit l'agent unique du chalazion, du moment que sa présence n'est pas constamment signalée, même dans les cas récents;

2^o Que dans les cas où ce bacille existe, on ne peut pas lui attribuer l'existence du chalazion, du moment qu'on le trouve déjà à l'état normal dans les glandes de Meibomius;

3^o Que, en admettant que ce bacille soit la cause du chalazion, il ne le produirait pas par le fait qu'il contient la toxine diphtérique, car il peut produire expérimentalement des petites tumeurs chez les animaux immunisés contre la diphtérie;

4^o Que les chalazions expérimentaux déterminés par le bacille du xérosis le sont aussi par d'autres bactéries saprophytes.

A. DE LIETO VOLLARO (Naples). — *Contribution clinique à l'étude de la kératite disciforme de Fuchs et de la kératite interstitielle traumatique.*

Ayant eu l'opportunité d'observer trois cas de kératite interstitielle traumatique, dont l'une présentait les caractères cliniques de la kératite disciforme de Fuchs, l'auteur en relate les observations, desquelles résulte surtout : 1^o l'origine traumatique dans les trois cas ; 2^o l'absence complète de vascularisation de la cornée ; 3^o la persistance d'une opacité interstitielle de la cornée après la guérison.

IV. — La Clinica oculistica.

Analysée par le docteur **Baslini** (de Milan).

Année 1905 (suite) (1).

SPECIALE-CIRINCIONE. — *Glaucome primitif à la suite de l'occlusion pupillaire produite par le cristallin; action dangereuse des myoliques.*

La théorie du docteur Manfredi, par laquelle le glaucome secondaire peut dépendre de l'occlusion pupillaire par la luxation du cristallin, peut expliquer quelques cas de glaucome primitif que l'auteur a eu la chance d'observer dans la clinique du professeur Cirincione. Chez un de ses malades opérés de paracentèse de la cornée, il a remarqué les faits suivants : 1^o lorsqu'on ouvrit la chambre antérieure, pas une seule goutte de liquide n'en sortit avant qu'on eut

(1) Voyez ces Archives, même année, p. 185.

éloigné l'iris de la surface antérieure du cristallin ; 2^e après instillation d'un myotique, la tension augmentait, l'iris s'appuyant de plus en plus sur le cristallin luxé.

Cette poussée, en avant, du cristallin est en relation, au dire de l'auteur, avec un œdème notable du corps vitré.

CARBONE. — *Manifestations oculaires tardives de la syphilis héréditaire.*

L'auteur relate le cas d'un individu âgé de 38 ans, qui, pour la première fois, montra des phénomènes tardifs de syphilis héréditaire : paralysie du droit interne droit, stigmates ophtalmoscopiques d'Antonelli, arthropathie cervicale, altération du foie et anomalies dentaires caractéristiques, sans doute d'origine syphilitique. En effet, par une thérapeutique appropriée, tous les symptômes s'améliorèrent notablement.

CALDERARO. — *Sur les meilleurs procédés de blépharoplastie.*

Il serait trop long de rapporter toutes les considérations et les discussions de l'auteur sur chaque méthode, dans son très intéressant travail, riche aussi en très bonnes figures. Je me bornerai à en résumer les conclusions :

1^o La meilleure méthode de blépharoplastie est celle avec lambeau à torsion (Fricke) pris dans le voisinage de la perte de substance qu'on doit combler ;

2^o Par suite de la rétraction élastique et cicatricielle, la dimension du lambeau doit être double de celle de la perte de substance ;

3^o Après 36 heures, le pédicule peut être supprimé ou diminué sans aucun danger ; mais il vaudra mieux attendre deux semaines ;

4^o Le corps du lambeau doit être formé par la peau seule, tandis que le pédicule doit contenir aussi le tissu sous-cutané ;

5^o Quand on ne peut pas employer cette méthode, on a recours à la méthode italienne ;

6^o On ne doit jamais employer la méthode par glissement, toujours insuffisante, ainsi que les greffes épidermiques fragmentées (mosaïque de Wecker) et la greffe épidermique suivant la méthode de Thiersch ;

7^o Le greffe d'un grand lambeau cutané nous donne quelquefois des bons résultats ;

8^o Pour la reconstruction d'une paupière ou d'une demi-paupière *in toto*, la seule méthode est la méthode palpébro-conjonctivale du professeur Cirincione ;

9^o Pour la moitié interne de la paupière, on peut recourir à la méthode par glissement du professeur de Vincenti.

O. SCIONTI. — *Contribution à l'étude sur la synéchiotomie antérieure.*

Au moyen du synéchiotome de Piccoli il est possible de faire la synéchiotomie, la chambre antérieure étant respectée, ce qui facilite l'opération ; elle sera pratiquée dans les cas suivants :

1^o Dans un but esthétique ; 2^o dans un but optique ; 3^o dans un but thérapeutique (dans le glaucome secondaire à synéchie antérieure ; 4^o dans le but d'éviter une infection endoculaire consécutive à un leucose adhérent).

Ovo. — *Traumatismes oculaires par caustiques.*

Pour étudier l'action des différentes substances chimiques sur l'œil, l'auteur a institué des expériences sur les yeux de lapins. Voici ses conclusions :

Les brûlures par acides sont moins graves que celles par alcalis ; pourtant l'ammoniaque est moins dangereux que les acides.

La potasse caustique a une action plus forte que l'acide nitrique, l'acide sulfurique et l'acide acétique, et même diluée elle est encore capable de produire la destruction d'un œil (probablement parce qu'une goutte de solution aqueuse saturée de potasse caustique a un volume plus grand qu'une goutte d'acide sulfurique).

Les dommages produits par l'ammoniaque se manifestent après un certain laps de temps.

L'alcool et l'éther sont peu nuisibles ; le chloroforme et la teinture d'iode le sont beaucoup. Parmi les antiséptiques, c'est le sublimé corrosif qui paraît le plus dangereux.

CARLINI. — *Mydriase intermittente hystérique.*

Description d'un cas observé par l'auteur : difficulté du diagnostic.

G. NERLI. — *Les collyres de sulfate de zinc et de nitrate d'argent.*

L'auteur désire relever deux faits qui sont observés journallement en oculistique : l'usage très répandu des collyres au sulfate de zinc et au nitrate d'argent, et les doses excessives de ces sels. Il conseille des doses faibles pour les malades qui ne peuvent se rendre chaque jour chez le médecin.

G. OVO. — *Un cas d'anophthalmie bilatérale.*

Description macroscopique et microscopique d'une véritable anophthalmie bilatérale (on sait que dans plusieurs cas il s'agit plutôt d'une microphthalmie). Cette lésion pour Ovio serait produite par dévelop-

ment anormal pendant la première période de la formation embryonnaire (10^e jour).

STILO et d'ASCOLA. — *Le trachome dans la ville et la province de Reggio (Calabria).*

Les auteurs s'occupent de la distribution du trachome, étudient les causes de la maladie et donnent des règles de prophylaxie, en réclamant l'intervention de l'Etat.

Ovio. — *Observations cliniques sur la cautérisation ignée en thérapeutique oculaire.*

Après un historique très complet sur l'application de la cautérisation ignée en thérapeutique oculaire, l'auteur expose l'utilité de cette méthode dans les différentes affections des membranes de l'œil.

V. — Littérature hollandaise.

Année 1905 (seconde partie).

Analysée par le docteur **G.-J. Schoute.**

NEDERLANDSCH TIJDSCRIFT VOOR GENEESKUNDE, T. II.

J.-P. VAN DER BRUGH. — *Torticulis oculaire*, p. 365 et 606.

Fille de 5 ans et demi, avec torticulis oculaire, opérée déjà plusieurs fois au niveau du muscle sterno-cléido-mastoïdien sans aucun résultat. Elle montrait un strabisme sursumvergent et convergent paralytique quand on redressait la tête, ce qui était possible sans résistance des muscles du cou. L'enfant portait la tête penchée sur l'épaule gauche et cachait ainsi son strabisme ; celui-ci devenait plus évident quand on penchait la tête vers l'épaule droite. Derrière la main, l'œil gauche déviait en bas et en dedans. Tandis que dans la moitié supérieure du champ du regard les yeux étaient aussi élevés, la différence de position entre eux était la plus grande dans la partie inférieure gauche. Diagnostic : Parésie du grand oblique droit. L'auteur n'a pas fait la ténotomie de l'élevateur de l'œil droit, de crainte que l'enfant ne se trouvât gênée par diplopie dans la moitié inférieure du champ du regard, mais la ténotomie de l'abaisseur de l'œil gauche ; à la suite de cette opération, le mouvement du regard en bas restait quelque peu difficile, mais cela au même degré pour les deux yeux, sans donner lieu à la diplopie. Aussi dans la position primaire le

strabisme fut guéri par l'opération et le torticolis disparut en même temps.

R.-A. REDDINGIUS. — *Méthode de guérison véritable du strabisme convergent*, p. 616.

La position normale des yeux dépend de l'équilibre entre les centres de convergence et de divergence. Les anomalies du centre de convergence, qui est très puissant, ne sont pas très à craindre; mais quand le centre faible de divergence fait quelque peu défaut, la conséquence est un strabisme convergent. La vue binoculaire se perd alors. Si celle-ci n'est pas rétablie par la thérapeutique, la correction opératoire ne sera que temporaire; il faut donc, tout d'abord, rétablir la vision binoculaire, et le meilleur procédé est la méthode de Cl. Worth. Les exercices stéréoscopiques sont impropres, car quand l'enfant est assez avancé pour ceux-là, la vision binoculaire est déjà perdue pour toujours. Avant la troisième année, l'on se contentera de la correction des amétropies, d'une atropinisation continue ou de l'occlusion de l'œil fixateur par un pansement. Après la troisième année, on commencera des exercices avec l'amblyoscope de Worth, pour rétablir la vision simultanée des deux yeux. Cela suffit presque toujours à faire disparaître le strabisme.

G.-W. WISSELINK. — *Un cas d'altération traumatique de la tache jaune*, p. 678.

Chez un malade, tombé de cheval, l'auteur constata à l'œil gauche de petits scotomes radiaires, qu'il attribua à de petites déchirures dans la fovea centralis; et à l'œil droit un petit scotome annulaire avec un centre normal, qu'il attribue à une déchirure circulaire au bord de la fovea. L'auteur prend ces altérations pour le premier stade de la perforation traumatique de la tache jaune (Haab).

J.-A. ROORDA SMIT. — *Quelques cas de syphilis cérébrale*, p. 1401.

Chez cinq malades la stase papillaire se combinait avec une faiblesse de l'odorat, chez un avec une anosmie totale et avec ageusie. L'odorat et le goût se rétablirent toujours.

D. STIGTER. et W. DE JONG. — *Inspection scolaire à Leyde*, p. 1733.

Les auteurs ont trouvé à Leyde 113 cas de trachome sur 1.456 élèves de trois écoles élémentaires; le trachome était jusqu'ici presque inconnu chez les habitants de cette ville.

GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT VOOR NEDERL.-INDIE, T. XLV.

J. DE HAAN et G. GRIPUS. — *L'éclairage des écoles à Batavia*, p. 348.

Les grandes vérandas que l'on construit autour des maisons dans les régions tropicales comme protection contre la chaleur, font que l'éclairage est souvent trop faible pour le besoin scolaire. Les écoles n'étant fréquentées que jusqu'à une heure après midi, les auteurs proposent de construire les vérandas seulement à la façade orientale des écoles, et des fenêtres, au besoin vitrées pour la pluie, à la façade occidentale.

J. DE HAAN. — *Examen bactériologique de quelques cas de conjonctivite*, p. 412.

L'auteur a trouvé à Batavia les diplobacilles de Morax-Axenfeld et les bacilles de Koch-Weeks.

VI. — Livres nouveaux

G. WEISS. — *Leçons d'ophthalmométrie* (Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1906).

L'auteur a condensé dans cet excellent petit ouvrage les leçons d'ophthalmométrie qui font partie du cours de perfectionnement créé par M. le professeur de Lapersonne à l'Hôtel-Dieu. Il a su résumer en 9 leçons et en moins de 250 pages les notions d'ophthalmométrie indispensables à connaître à tout médecin qui veut aborder l'étude de l'ophtalmologie, et on retrouvera ici la clarté d'exposition et la rigueur scientifique qui caractérisent l'enseignement de M. Weiss.

Nous ne pouvons analyser en détail, les différentes leçons qu'il faut lire en entier. Mentionnons celles qui ont trait à l'astigmatisme, étudié ici avec une grande clarté. L'auteur a su éviter l'emploi des formules mathématiques, multipliant les figures, auxquelles il a conservé leur aspect schématique, ce qui permet de les reconnaître immédiatement. La correction des anomalies de la réfraction est indiquée d'une manière très précise. De même, le chapitre de l'acuité visuelle est exposé très simplement. L'auteur insiste, à propos de la loi sur les accidents de travail, sur la distinction qu'il faut faire de plus en plus entre l'acuité visuelle normale et l'acuité professionnelle. Citons encore les notions sur les différents types de réfraction, l'em-

ploi des verres correcteurs, le champ visuel et le champ du regard avec leurs modes de détermination, la vision binoculaire, l'emploi des prismes, des verres périscopiques, des verres bifocaux, etc.

En résumé, comme le dit le professeur de Lapersonne dans sa préface, « tout médecin, dont les notions de physique sont ordinairement très vagues, peut rapidement comprendre et retenir, en lisant ces leçons, les questions les plus ardues de l'optique physiologique et en tirera un grand bénéfice pour la correction des anomalies de la réfraction, qui forment une si grosse part de notre pratique journalière. »

F. T.

VII. — Revue des Thèses.

BÉAL. — *Des hémorragies rétiennes dans la compression du thorax.* (Th. de Paris, 1906.)

Dans les violentes compressions du thorax, les hémorragies rétiennes sont l'exception, le masque violacé ecchymotique cervico-facial est la règle. Les hémorragies, maculaires ou périphériques, peu étendues, arrondies, peu nombreuses ou uniques, ont un pronostic variable avec le siège, car la lésion maculaire peut laisser un scotome central.

Au point de vue pathogénique, la stase peut être seule en cause dans la compression brusque rapide. Le rôle de l'effort s'ajoute à la stase dans la compression lente prolongée.

Les hémorragies rétiennes sont bien plus rares que les ecchymoses faciales, voire sous-conjonctivales, à cause de la contre-pression sur la rétine dépendant de la tension intra-oculaire, supérieure à la tension des vaisseaux rétiens.

A l'étiologie, très variable, se rattachent encore les hémorragies par effort (toux, vomissements, épilepsie, efforts de miction, etc.), les hémorragies par stase (grossesse, nouveau-né, etc.), et la pathogénie des hémorragies rétiennes par décompression est analogue. Telles sont les conclusions générales de cet intéressant travail.

BICHON. — *Le rôle des infections, particulièrement de la syphilis, dans les lésions de la myopie progressive.* (Th. de Paris, 1906.)

Il est très certain que l'œil de certains myopes est un lieu de moindre résistance, où toutes les infections générales et aussi bien des causes dyscrasiques sont souvent l'origine de lésions rétino-choroïdiennes qui ne se produiraient pas sans elles. C'est ce qui explique

cette constatation journalière de myopies fortes parfois sans lésion grave et de myopies faibles compliquées de lésions intenses et récidivantes. Ces faits paradoxaux trouvent une explication, non seulement dans le surmenage oculaire, mais surtout dans les infections générales. Souvent la syphilis héréditaire avec ses lésions oculaires s'accompagnera de myopie ; mais, ce qui est plus intéressant, c'est de constater que chez les myopes la syphilis s'accompagne souvent de lésions rétino-choroïdiennes intenses, et où le traitement général intensif, toujours indiqué, a souvent fort à faire pour améliorer les malades et les préserver de rechutes. Ce travail, qui sort de l'Hôtel-Dieu, met donc justement en lumière des faits assez fréquents dans la pratique et sur lesquels on ne saurait trop insister.

CHAPELLE. — *De l'influence du traumatisme sur la pathogénie et l'évolution des tumeurs oculaires.* (Th. de Paris, 1906.)

Sans qu'on puisse en expliquer l'influence, il existe actuellement un assez grand nombre de faits où, comme pour les tumeurs malignes des autres régions, un traumatisme local des plus nets a précédé d'une façon indubitable et véritablement étiologique l'apparition d'une tumeur de l'œil ou de ses annexes.

Presque tous les ophtalmologistes ont vu des faits semblables où, parmi ceux qui sont douteux, il en est qui semblent évidents, en ce qui concerne le sarcome et plus encore le carcinome. Le traumatisme chirurgical (résections partielles, etc.) a été plusieurs fois en cause. Enfin, le traumatisme a souvent une influence aggravante manifeste.

Cette thèse, qui réunit ainsi les faits oculaires à ceux observés pour les autres tumeurs malignes, comble donc un vide et met au point une question importante.

G. LIÉGARD. — *Le collyre huileux à l'ésérine dans le traitement adjuvant des ulcères à l'hypopion.* (Th. de Paris, 1906.)

Cette thèse, inspirée par M. Aubineau, est une bonne mise au point du traitement actuel de l'ulcère grave avec retentissement sur la chambre antérieure. Le traitement principal comprend l'injection sous-conjonctivale et la cautérisation ignée, aidées de la paracentèse, de l'iridectomie et de l'emploi des topiques. Parmi ces derniers, nous aurions voulu voir figurer le collyre au sublimé à 1 p. 1000, pas toujours infaillible, mais parfois d'un effet immédiat. Quant aux collyres, on sait qu'à l'emploi routinier de l'atropine, de Wecker opposa l'emploi de l'ésérine, et bien souvent, lui et ses élèves, en ont vu les heureux effets. Il faut savoir, toutefois, en arrêter l'emploi ou même revenir au mydriatique, dès que l'action puissante de l'ésérine sur l'hypopion et parfois sur la sécrétion conjonctivale et l'ulcère (fait souvent noté par de Wecker), s'est effectuée. Le collyre huileux à l'ésé-

rine (Panas et Scrini) trouvera ici, comme Aubineau l'a constaté et comme nous pouvons l'affirmer de notre côté, une utile indication. Préparé suivant le procédé de Hallot (dissolution de l'ésérine par l'éther, puis évaporation de l'éther à basse température) et avec les précautions qui, dans certaines officines, le rendent indolore, il remplacera ici, comme pour le glaucome et pour toute autre indication, le collyre aqueux, qui ne devra plus *jamais* être prescrit. Il est juste de rappeler que, si on nedoit pas les collyres huileux à Panas et à Scrini, on leur doit le collyre huileux à l'ésérine, le meilleur de tous et le seul indispensable.

A. TERSON.

VIII. — **Varia.**

GROSSMANN. — *Étude clinique de la lèpre oculaire.* (Brit. med. Journal, 6 janvier 1906).

L'auteur a examiné en 1901 et 1904 les malades de la léproserie de Laugarnei (Islande). La forme tubéreuse est la plus rapide et la plus meurtrière : l'œil est plus souvent intéressé que dans la forme anesthésique. Le globe n'est atteint qu'après les annexes, les paupières, les sourcils.

La maladie est caractéristique ; la région péricornéenne pâlit, devient jaune grisâtre, anémique, translucide et s'épaissit légèrement, comme éburnée. L'infiltration s'étend latéralement, entoure la cornée, qui se trouble.

La forme anesthésique est moins nette. Elle ressemble à une paralysie du trijumeau ou du facial.

Dans la forme tubéreuse, on peut circonscrire l'infiltration par des incisions tout autour.

MARTIN. — *Tic de la tête et astigmatisme* (Gazette hebdomadaire des sciences médicales, 27 avril 1905).

Chez un malade observé par l'auteur, la déviation de la face, faussement attribuée à l'attitude prise par le malade pour jouer du violon, était, en réalité, la conséquence d'un astigmatisme de la cornée. La déviation était caractérisée par une très forte rotation de la tête à gauche pendant l'écriture et accompagnée de contracture des paupières. La correction de l'astigmatisme au moyen de verres convenables amena rapidement la disparition de ces phénomènes. Il faudra donc toujours penser à la possibilité de vices de réfraction comme facteurs étiologiques de tics de la face et corriger celle-ci, s'il y a lieu, au moyen de verres appropriés. Le tic disparaîtra du même coup.

F. T.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris, imp. E. ARRUAUT et C^e, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.